FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE

Année scolaire 1929-1930

THÈSE

N° 35

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 25 Juin 1930, à 17 heures

PAR

GELLÉ (PAUL-GUSTAVE-HENRI)

INTERNE DES HOPITAUX
AIDE D'ANATOMIE
LAURÉAT DE LA FACULTÉ (1922-23)

Né le 20 Août 1904, à ARMENTIÈRES

Contribution à l'Etude DE LA Césarienne Transpéritonéale Basse

Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'enseignement médical.

Président de la thèse : M. PAUCOT.

Suffrageants : MM. MINET, PAQUET, DELANNOY.

Imprimerie G. SAUTAI
46, Rue Gauthier-de-Châtillon
LILLE

1930

Contribution à l'Étude de la Césarienne Transpéritonéale Basse

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE

Année scolaire
1929-1930

THÈSE

N° 35

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 25 Juin 1930, à 17 heures

PAR

GELLÉ (PAUL-GUSTAVE-HENRI)
INTERNE DES HOPITAUX
AIDE D'ANATOMIE
LAURÉAT DE LA FACULTÉ (1922-23)
Né le 20 Août 1904, à ARMENTIÈRES

Contribution à l'Etude
DE LA
Césarienne Transpéritonéale Basse

Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'enseignement médical.

Président de la thèse : M. PAUCOT.

Suffrageants : MM. MINET, PAQUET, DELANNOY.

Imprimerie G. SAUTAI
46, Rue Gauthier-de-Châtillon
LILLE
1930

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Doyen : M. Ch. DUBOIS (I. ⚜). — Assesseur : M. E. GÉRARD (✻, I. ⚜).

Clinique médicale :	MM.	CARRIÈRE (O.✻, I.⚜)	Professeur
		COMBEMALE (O. ✻, I. ⚜, M),	id.
Clinique chirurgicale :		GAUDIER (O. ✻, ⚚, I. ⚜),	id.
		LAMBRET (C. ✻, I. ⚜),	id.
Clinique des maladies cutanées et syphilis :		CHARMEIL (✻, I. ⚜),	id.
Clinique obstétricale :		BUÉ (✻, I. ⚜),	id.
Pathologie interne et expérimentale et Clinique des maladies de l'appareil digestif :		SURMONT (✻, I. ⚜, ✠),	id.
Pathologie externe et Clinique des maladies des voies urinaires :		POTEL (✻, ⚚, I. ⚜),	id.
Anatomie pathologique et Pathologie générale :		INGELRANS (I ⚜),	id.
Physiologie :		DUBOIS (I. ⚜),	id.
Anatomie :		CORDIER, (A. ⚜),	id.
Histologie :		DEBEYRE (O. ✻, ⚚, I. ⚜, ✠),	id.
Chimie minérale et Toxicologie :		VALLÉE (✻, I. ⚜.),	id.
Chimie organique :		POLONOVSKI (A. ⚜, ⚚),	id.
Matière médicale et Botanique :		FOCKEU (✻, I. ⚜, ❁, ✠),	id.
Pharmacie et Pharmacologie :		GÉRARD (Ernest), (✻, I. ⚜),	id.
Zoologie médicale et pharmaceutique :		DESOIL (✻, I. ⚜).	id.
Accouchements et Hygiène de la première enfance :		PAUCOT (A ⚜),	id.
Clinique chirurgicale infantile et Orthopédie :		LE FORT (C ✻, ⚚, I⚜, C.✠),	id.
Clinique psychiâtrique :		RAVIART (✻, I. ⚜),	id.
Clinique médicale infantile :		MINET (I. ⚜),	id.
Thérapeutique :		DOUMER Ed. (⚚, A. ⚜),	id.
Médecine opératoire :		VANVERTS (✻, I. ⚜),	id.
Hygiène et Bactériologie :		PIERRET (I. ⚜),	id.
Médecine légale :		LECLERCQ (✻, ⚚, I. ⚜)	id.
Hydrologie et Crénothérapie :		DUHOT (I. ⚜),	id.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Professeurs titulaires non pourvus de chaire :

MM. MORVILLEZ (A. ⚜), COMBEMALE P. (A. ⚜)

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique ophtalmologique :	MM.	Toulant	Chargé du Cours
Clinique oto-rhino-laryngologique :		DEBEYRE (M.) (O.✻, ⚚, I.⚜),	id.
Chimie analytique :		POLONOVSKI (A. ⚜, ⚚)	id.
Physique pharmaceutique :		SONNEVILLE (A. ⚜),	id.
Parasitologie :		LAVIER (⚚),	id.
Déontologie :		BERTIN (✻, I. ⚜),	id.
Physique médicale :		FABRE (✻, I. ⚜),	id.

Doyens honoraires : MM. DE LAPERSONNE (O. ✻, I. ⚜), COMBEMALE (O. ✻, I. ⚜, M.) CHARMEIL (✻, I. ⚜).

Professeurs honoraires : MM. MONIEZ (O. ✻, I. ⚜). CALMETTE (C. ⚜), LESCŒUR (I. ⚜). BAUDRY (✻, I. ⚜, ✠), DEBIERRE (✻, I. ⚜), DOUMER (✻, I. ⚜), GURTIS (✻, I. ⚜), LEMOINE (✻, I. ⚜), BÉDART (O. ✻. I. ⚜, ✠).

Agrégés en exercice :

MM. GÉRARD, M. (⚚, ✻, I. ⚜), P. DELANNOY (A. ⚜), PAQUET (⚚, I. ⚜), BERTIN (✻), LEGRAND (⚚, ✠, A. ⚜), SWYNGHEDAUW (⚚, I. ⚜), LAVIER (⚚), AUGUSTE, GERNEZ, NAYRAC.

La Faculté a décidé que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend y attacher ni approbation, ni improbation. (Décision de la Faculté en date du 28 février 1878).

A MON PERE

Dont la vie toute de travail et de probité est pour nous le plus beau et le plus noble des exemples.

A MA MERE

En témoignage d'affection et de profonde reconnaissance.

A LA MEMOIRE DE MES ONCLES

Le Docteur Eugène GELLE

Professeur agrégé d'Anatomie Pathologique

Le Docteur Fernand SONNEVILLE

A MON ONCLE

Le Docteur Pierre CORDIER

Professeur d'Anatomie

Dont les conseils éclairés et affectueux nous ont sans cesse guidé au cours de nos études; qu'il trouve ici l'expression de notre gratitude la plus profonde.

A TOUTE MA FAMILLE

A Monsieur le Chanoine BEAUSSART

Directeur du Collège Stanislas

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur H. PAUCOT

PROFESSEUR D'ACCOUCHEMENT ET D'HYGIÈNE

DE LA PREMIÈRE ENFANCE

Vous m'avez fait le grand honneur de me choisir comme votre assistant ; chaque jour m'apporte une nouvelle preuve de votre bienveillance et de votre confiance. Qu'il me soit permis aujourd'hui de vous affirmer ma profonde reconnaissance et mon affectueux dévouement.

A Monsieur le Professeur MINET

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE

(Internat prov. 1926)

Permettez-moi de vous exprimer ma profonde gratitude pour l'encourageante sympathie que vous n'avez cessé de me témoigner lorsque j'étais votre interne, et aujourd'hui encore en acceptant d'être un de mes juges.

A Monsieur le Professeur Agrégé PAQUET

En remerciement de l'accueil aimable qu'il nous a toujours réservé et de l'honneur qu'il a bien voulu nous faire aujourd'hui.

A Monsieur le Professeur Agrégé DELANNOY

Qui a contribué beaucoup à notre formation. Nous sommes particulièrement heureux de pouvoir le remercier des encouragements, des conseils et de la confiance qu'il nous a prodigués au cours de nos études.

A Monsieur le Professeur DUBOIS

DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

PROFESSEUR DE PHYSIOLOGIE

A MES MAITRES

DU LABORATOIRE D'ANATOMIE

Monsieur le Professeur DEBIERRE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

SÉNATEUR DU NORD

Monsieur le Professeur GEORGES GERARD

PROFESSEUR D'ANATOMIE

OPHTALMOLOGISTE DE L'HÔPITAL SAINT-SAUVEUR

(Externat 1925)

In memoriam.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Professeur LAMBRET

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

(Externat 1924-25)

(Internat 1929)

Monsieur le Professeur COMBEMALE

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

(Internat prov. 1925-26)

(Internat prov. 1929-30)

Monsieur le Professeur BUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTETRICALE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

(Internat prov. 1927)

Monsieur le Professeur GAUDIER

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

(Internat 1927-28)

A TOUS MES MAITRES

DE LA FACULTE DE LILLE

A MON MAITRE D'INTERNAT

Monsieur le Docteur DUTHOIT

MÉDECIN DES HÔPITAUX

CHEF DE CLINIQUE MÉDICALE

Plus que tout autre, il est l'auteur de notre formation médicale ; nous n'oublierons jamais avec quelle conscience, quelle amabilité, il nous a préparé, malgré le mal que nous lui avons parfois donné. Qu'il soit certain de notre reconnaissance la plus profonde.

A TOUS MES CAMARADES

D'INTERNAT ET DE LA FACULTE

A TOUS MES AMIS

INTRODUCTION

La césarienne, dont le but est de sauvegarder la précieuse existence de l'enfant, est une opération fort ancienne. Ce qui en avait retardé l'essort et permis aux opérations obstétricales mutilatrices de l'enfant vivant de subsister, ce fut évidemment le risque indiscutable qui en résultait pour la mère.

Les progrès de l'asepsie permirent, plus tard, à Pinard, d'affirmer que « l'embryotomie sur l'enfant vivant avait vécu », mais, malheureusement, les accidents d'infection péritonéale restaient menaçants toutes les fois qu'une infection des voies génitales, même faible, comme celle due à des examens vaginaux, à des tentatives d'extraction du fœtus, était à redouter.

Cette crainte d'infection péritonéale était l'instigatrice des techniques de césarienne extra-péritonéale qui, à l'expérience, déçurent les espérances fondées sur elles.

Un nouveau procédé dérivé des césariennes extra-péritonéales, la césarienne transpéritonéale basse, fut étudié en Allemagne, et ne tarda pas à se répandre.

Cette technique, employée déjà depuis plus de vingt ans, a donné lieu à nombre de discussions parfois passionnées.

L'intérêt du sujet n'est pas encore épuisé, puisqu'il est à l'ordre du jour des travaux du Congrès exceptionnel de Gynécologie et d'Obstétrique, qui doit se tenir à Liége au mois de Juillet 1930.

Les publications ont été extrêmement nombreuses ; nous avons pensé qu'il était possible de se faire une opinion définitive sur les résultats et la valeur de cette méthode, et sur les conseils et avec l'aide de notre Maître, Monsieur le Professeur Paucot qui en est un partisan convaincu, nous avons entrepris une mise au point de la question en une manière que nous nous sommes appliqués à rendre toute objective, sans hésiter toutefois, à prendre nettement position dans la question.

Historique

Le Professeur Stoltz, de Strasbourg, est le véritable initiateur de la césarienne basse transpéritonéale, mais Franck, le premier, apportait, au Congrès de Lisbonne de 1906, à l'appui de travaux théoriques, sept observations de malades opérées avec succès selon la nouvelle technique: il ouvrait le péritoine de la grande cavité, incisait le repli vésico-utérin et suturait ensuite les deux feuillets péritonéaux pour rester en dehors de la grande cavité ; la méthode n'était donc extra péritonéale que par artifice et pratiquement transpéritonéale.

Malgré les beaux résultats du procédé, peu d'auteurs le pratiquèrent à sa suite.

Si Fromme, Veit, Baum, suivaient son exemple, à quelques détails de technique près, Sellheim reprenant en 1908 les travaux théoriques d'Oslander (1805), Jorg (1806), Physick (1822), Baudeloque neveu (1827), et les tentatives de Charles Bell (1840), Gaillard Thomas (1870), Skène, Charles Jewett, Himé, Edis, Dandridge et Taylor, Walter, R. Gillet (en tout treize cas avec sept décès), décrivait un procédé de césarienne basse extrapéritonéale, et Czyzewicz, Krem-

mer, Hofmeier, Bumm, Freund et la grosse majorité des auteurs allemands l'imitaient

Devant les nombreuses difficultés opératoires de la méthode : hémorragies, déchirures fréquentes du péritoine lors de son décollement, blessures de la vessie ou de l'un des urétères, et aussi la fréquence des suppurations pelviennes, il y renonçait bientôt, et, suivi par Rubeska, Pfannenstiel, Frantz revenait avec son deuxième procédé à la voie transpéritonéale.

Cependant, en 1909, Latzko, puis Döderlein, Küstner, Gottschalk, Opitz, Schauta, Fuchs, Schneidler, Rosenfeld, déniant à la césarienne transpéritonéale basse toute valeur quant à la protection du péritoine contre l'infection, préconisaient avec quelques variations de technique la césarienne extrapéritonéale.

L'échec de leurs méthodes, quand on voulut les appliquer aux cas infectés, fit naître la fistule utéro-pariétale de Sellheim.

En France, aux procédés supra-symphysaires, on opposait soit la césarienne haute prophylactique (Bar), soit même la césarienne haute tardive (Lepage) ; Lemoussu en réunissait en 1908, 38 observations avec un décès, encore celui-ci était-il accidentel ; Brindeau, Vanverts, Grosse, rapportaient d'autres cas favorables, et si Bué avait un décès, Mouchotte présentait 14 cas de guérisons, Pérodon 5 et enfin le Lorier 19, sans qu'aucun d'eux perdît une malade.

Ces résultats étaient pour le moins comparables à ceux des césariennes supra-symphysaires ; le professeur Jeannin, étudiant ces dernières (1909), en réunissait 127 cas avec 4 décès : 2 péritonites, 2 suppurations du

petit bassin, et concluait dans son rapport à la Société Obstétricale de France :

« A l'heure actuelle, ce qui ressort des travaux des auteurs allemands, c'est qu'il ne faut pas plus recourir à la césarienne supra-symphysaire qu'à la césarienne classique, si l'on croit la femme en puissance d'infection. »

Ce sont là également les conclusions d'un travail de Fraipont, paru à la même époque, et celles de l'immense majorité des obstétriciens français. Les thèses de Nouvian (1912) inspirée par Bar, et de Klein (1912) inspirée par Jeannin, ne faisaient que confirmer cet avis.

Klein avait relevé dans la littérature médicale 430 cas de césariennes supra-symphysaires avec 26 décès, dont 18 par infection ; 121 suites de couches avaient été compliquées. Il concluait :

« Ces chiffres ne donnent aucun avantage à la césarienne supra-symphysaire sur les autres opérations obstétricales ayant des indications analogues. La césarienne classique est meilleure dans les cas aseptiques ; la césarienne basse ne vaut pas plus qu'elle dans les cas infectés. Elle serait à tenter dans les cas d'asepsie douteuse, quand l'état des parties molles, le volume de l'enfant, le degré d'angustie pelvienne, la primiparité enfin auraient fait éliminer l'hébotomie. »

La méthode transpéritonéale lui paraissait devoir être préférée à l'extrapéritonéale, celle-ci étant infériorisée par les incidents opératoires et surtout les risques de blessure de la vessie.

Les procédés supra-symphysaires faisaient cepen-

dant chemin en Allemagne, mais si Schäfer en 1912 recueillait 50 cas de C. B. transpéritonéale, la plupart des opérateurs pratiquaient, malgré leurs difficultés, la méthode extrapéritonéale, la crainte de souiller le péritoine lors de l'ouverture de l'œuf étant leur unique préoccupation.

La question de suprématie entre les deux techniques devait être tranchée peu après. Ainsi que l'a dit Phaneuf :

« Krönig comprit tout différemment le problème quand il dit que l'amélioration des résultats n'était pas due à ce qu'on approchait de l'utérus par une technique extrapéritonéale, mais bien parce que l'incision se pratiquait dans le segment inférieur, mince, non contractile, plutôt que dans le corps utérin, épais et contractile. »

L'avantage des méthodes extrapéritonéales devenait purement théorique, et leurs difficultés et inconvénients les condamnaient ; elles devaient, de ce jour, être supplantées par la césarienne basse transpéritonéale d'exécution beaucoup plus rapide et facile, et qui possédait des qualités équivalentes.

En Allemagne, la plupart des auteurs s'y est ralliée; citons les communications d'Eisenreich en 1915, de Fonyo, de Fehling, Hofmeier, Call en 1916, Reusch (1917), Schaedel, Stoekel (1918), Eberlé (1919), Küstner, Lichtenstein (1920), Vogt (1921), Von Jaschke, Rosellen, Schiegt (1922), Brandt, Krause, Siegel (1923), Benthin, Baumm, Mann, Furst, Hinderfeld, Martius (1924). Nous arrêterons cette énumé-

ration, les travaux les plus récents étant cités dans notre index bibliographique.

Dès 1913, Barton Cooke Hirst en Amérique avait mis à l'épreuve les nouveaux procédés, puis ce furent Langrock, Brodhead (1918) ; les Américains adoptaient rapidement la méthode.

En 1919, Beck rapporte 37 cas personnels avec 1 décès dû à l'éclampsie, de Lee 83 cas, dont 40 personnels, sans mort. Ces deux auteurs apportent en même temps quelques modications à la technique de Krönig.

Dès lors les travaux se multiplient tandis que la méthode se propage dans d'autres nations.

Aux Etats-Unis, Welton en 1921, Polack et Beck, Phaneuf et Hegarty, de Lee et Cornell, Hirst et Van Dolsen, Birnie, Davis en 1922, Judd en 1923, Mac Glinn en 1924 publient leurs statistiques ; en Angleterre, ce sont Blacker, Holland, Bright Bannister, Munro Kerr en 1921, en Italie Barsotti (1920), Calcaterra, Gaifami, Pestalozza (1922).

En Suisse, Walthard en 1919 pouvait présenter 75 cas de bassins rétrécis, opérés de 1911 à 1919 avec un seul décès dû à une pneumonie double ; pour trente neuf autres opérations pratiquées pour d'autres indications que le rétrécissement pelvien, il avait cinq décès, tous de cause extra-génitale. Suivaient les communications d'Œtiker, d'Aubert, de Beuttner (1921).

En Belgique, Brouha rapportait en 1920 vingt-cinq cas avec une mort, sans réaction péritonéale du reste. Henrotay était également partisan de la C. B.

transpéritonéale, tandis que Weymeersch faisait de grosses réserves.

En France, Schickelé, le premier, publiait en 1920 quatre cas de C. B. T. pratiquées chez des femmes suspectes avec plein succès, mais il ne trouvait d'écho qu'en Brindeau, qui en rapportait cinq cas au Congrès de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de langue française en 1921.

Au cours de celui-ci, malgré les communications de Van Rooy d'Amsterdam, de Beuttner, d'Aubert de Genève, d'Henneberg, d'Hauch de Copenhague, Lequeux et Kouwer prononçaient contre la voie transpéritonéale basse de sévères réquisitoires, lui niant toute valeur de protection de la cavité péritonéale et prévoyant de nombreuses ruptures de la cicatrice utérine au cours des grossesses ultérieures.

Plus modéré, le Professeur Couvelaire, soutenu par la majorité des accoucheurs français, concluait :

« En ce qui concerne les avantages, au point de vue général et au point des limites de l'opérabilité au cours du travail, de la césarienne basse, l'heure n'est pas venue de porter un jugement. C'est des faits observés que devra se dégager notre opinion. »

Cependant, à partir de cette date, la C. B. gagne du terrain peu à peu.

En 1922, Brindeau publie quatorze cas, Garipuy, de Toulouse un cas, Vanverts un cas avec succès pour placenta prævia.

En 1923, Reeb, de Strasbourg, rapporte dix cas, Balard de Bordeaux trois, Schickelé inspire la

thèse de Perrier, où trente deux observations sont consignées avec deux décès.

En 1924, on ne relève que l'article de Dujol, de Lyon, avec deux cas.

1925 voit le procédé définitivement adopté en France et les communications se multiplient. Ce sont les trente cas inédits de la thèse de Marassi, inspirée par Brindeau, les six cas de Fleurent, les dix-huit cas de Hamm, les trente cas de Couvelaire et Portes.

En 1926, citons les articles d'Eparvier, de Trillat, les dix-sept cas de Le Lorier, la thèse d'Engelhard, inspirée par Jeannin ; en 1927, la thèse de Chapulliot d'Alger, les communications de notre maître, M. le Professeur Paucot, de Grosse, Burger, Constantinesco ; en 1928, les thèses de Dufour, à Lille, de Bercovici, à Paris, les statistiques d'Andérodias (trente deux cas), de Balard (vingt-cinq cas), à Bordeaux, enfin, en 1929, la thèse de Ricardo Alvarez, à Paris.

Nous pouvons, pour avoir une idée plus concrète de l'historique de la césarienne transpéritonéale basse, lui distinguer trois périodes :

Pendant la première, inaugurée en 1906 par Franck, elle n'est pratiquée qu'en Allemagne, elle y est en lutte avec la césarienne extra-péritonéale, à laquelle la grosse majorité des obstétriciens allemands donne, du reste, la préférence.

A partir de 1912, grâce à Krönig, elle prend l'avantage sur sa rivale, s'implante définitivement en Allemagne, et, presque en même temps, aux Etats-Unis, avec Hirst, de Lee, Phaneuf, etc. ; l'exemple

est promptement suivi par l'Angleterre, les Pays Scandinaves, l'Italie, la Suisse avec Walthard. C'est là la deuxième période ; à cette époque, elle est également introduite en France, mais difficilement, par Schickelé, puis Brindeau, non sans provoquer de vives discussions (Congrès des Gynécologues, en 1921).

Et nous en arrivons, vers 1924, à la dernière période qui la voit s'imposer, acquérant droit de cité dans notre pays et en Amérique latine, provoquant l'éclosion de nombreux articles dont la lecture peut se résumer par ces mots de Monsieur le Professeur Couvelaire :

« J'ai vu, dans des cas où je n'aurais osé pratiquer la césarienne classique, les suites opératoires les plus simples légitimer le choix de la césarienne basse ». (*Annales de Médecine et de Chirurgie*, 1927-1928 ; tome I, page 29).

CHAPITRE PREMIER

Les Techniques Opératoires

Depuis Franck, le nombre des techniques opératoires n'a cessé de s'accroître ; il est aujourd'hui très élevé. Nous décrirons rapidement les anciens procédés pour nous arrêter plus longuement sur les méthodes modernes.

PREMIER PROCÉDÉ DE FRANCK

Incision abdominale transversale à deux travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne ; position de Trendelenbourg. Incision transversale du péritoine pariétal et du péritoine vésical au niveau de son insertion vésicale.

Suture des deux bords péritonéaux supérieurs.

Incision transversale du segment inférieur sur huit centimètres.

Extraction du fœtus, délivrance par expression.

Suture de l'utérus au catgut, du plan musculo-aponévrotique à la soie.

DEUXIÈME PROCÉDÉ DE FRANCK

On pratique une fenêtre dans le péritoine pariétal que l'on suture à l'utérus. L'opération est continuée comme précédemment.

PREMIER PROCÉDÉ DE VEIT ET FROMME (1908)

C'est le premier procédé de Franck, mais, après la suture de l'utérus, on découd la suture péritonéale temporaire et on suture les trois lambeaux du péritoine, l'un avec l'autre, pour lui rendre sa disposition naturelle, dans le but d'éviter les adhérences.

DEUXIÈME PROCÉDÉ DE VEIT ET FROMME (1908)

Incision longitudinale verticale de la paroi abdominale sur douze centimètres. Incision longitudinale du péritoine pariétal. On pince le péritoine utérin avec le péritoine pariétal sur les bords de la plaie cutanée.

Incision longitudinale du segment inférieur. Après suture de l'utérus, rétablissement des dispositions anatomiques du péritoine.

BAUMM (1908)

C'est le premier procédé de Veit et Fromme, mais il pince les bords des deux feuillets péritonéaux au lieu de les suturer.

SELLHEIM (1908) DEUXIÈME MANIÈRE

Incision transversale de la paroi et du péritoine pariétal au niveau de la vessie. Suture du bord pariétal

au péritoine utérin par double surjet. Incision transversale dans le fond du pli vésico-utérin. Incision verticale médiane du segment utérin. On rétablit à la fin la disposition anatomique de la séreuse.

Sellheim, troisième procédé (1908)

Même début que dans le deuxième procédé, mais, après ouverture du péritoine pariétal, incision du fond vésico-utérin, suture des deux lèvres péritonéales en haut par un double surjet.

Incision médiane et verticale de l'utérus. Après suture de celui-ci, on fixe la vessie au-dessus de la plaie par quelques points séparés, et le cul-de-sac péritonéal opératoirement constitué au péritoine vésical.

Sellheim, quatrième procédé

Incision longitudinale de la paroi et du péritoine pariétal : suture de celui-ci à la peau. Incision sagittale du péritoine utérin, décollement et suture au péritoine pariétal. Incision verticale et médiane de l'utérus. Fixation des bords de la suture utérine au pourtour de la plaie abdominale par des pinces.

Remplacement des pinces par des points de suture après l'extraction. L'utérus est ainsi marsupialisé, et n'est fermé qu'ultérieurement.

Veit (1909)

Incision longitudinale de la paroi et du péritoine pariétal. Par écartement, constitution d'une plaie ovalaire, suture du péritoine pariétal aux bords de la plaie cutanée, puis suture du péritoine viscéral aux

mêmes bords. On forme ainsi sur la face antérieure de l'utérus, un ovale isolé de la cavité péritonéale, où l'on incise l'utérus. Reconstitution normale de la séreuse après suture.

Fraipont (1909)

Incision longitudinale de l'abdomen et du péritoine pariétal. Suture séro-séreuse du péritoine utérin au péritoine pariétal, tout autour de la plaie abdominale et à trois centimètres en dehors du bord de la séreuse pariétale. Ouverture du péritoine viscéral, décollement latéral et réunion au bord libre du péritoine pariétal par des pinces.

Incision verticale de l'utérus sur neuf centimètres, sans décoller la vessie. Suture utérine par points séparés à la soie. Ablation des pinces, suture séro-séreuse. Ablation du surjet placé sur le péritoine pariétal. On rend la disposition anatomique primitive.

Et nous en arrivons aux procédés plus modernes tirés des deux techniques premières : celle de Hirst et celle de Krönig.

procédé de Hirst

Ouverture longitudinale de l'abdomen.

Incision du péritoine viscéral un peu au-dessus du cul-de-sac vésico-utérin. Par la brèche, on décolle le péritoine de la vessie et du segment inférieur, puis on l'incise *verticalement*. On suture alors les deux feuillets péritonéaux et viscéraux par points séparés au cat-

gut, et l'on obtient deux culs-de-sac péritonéaux dirigés verticalement, entre lesquels on voit le segment inférieur. Incision verticale de l'utérus, extraction du fœtus et du placenta. Suture du segment inférieur au catgut. On ramène les deux culs-de-sac péritonéaux au contact l'un de l'autre, et on les fixe à l'aide d'un surjet au catgut.

Phaneuf préfère réunir les lames séreuses avec des pinces, ce qui expose moins à la déchirure du péritoine qu'une suture.

Procédé de Krönig

Même début que dans le procédé de Hirst, mais le péritoine viscéral est incisé *transversalement* au niveau du cul-de-sac vésico-utérin. Incision longitudinale du segment inférieur dans l'espace mis à nu par le décollement de la vessie qui, séparée du segment inférieur, est maintenue sous la symphyse pubienne. Un surjet au catgut rattache, après suture utérine, la lame péritonéale séparée avec la vessie à la surface inférieure de l'utérus, de sorte que l'incision utérine est complètement recouverte par la vessie et le péritoine.

Beck emploie le même procédé, mais décolle une lame supérieure de péritoine viscéral après séparation de la vessie ; l'utérus fermé, il rabat cette lame supérieure et la fixe par quelques points séparés, puis suture par dessus le lambeau inférieur tenant à la vessie, de façon à la recouvrir le plus haut possible : c'est la suture dite en redingote.

De Lee, lui, perfectionne la suture utérine en ajou-

tant sur le premier plan à points séparés un deuxième plan par surjet au catgut.

Beuttner, voulant avant tout éviter les cellulites pelviennes, suit la technique suivante :

Incision transversale supra-symphysaire.

Incision longitudinale du péritoine pariétal.

Fixation de l'angle inférieur de l'ouverture péritonéale à la lèvre du fascia pour protéger le tissu conjonctif de la cavité de Retzius.

Refoulement de la vessie vers la symphyse par une valve de Doyen.

Incision longitudinale médiane du segment inférieur sur dix centimètres.

Extraction de l'enfant. Délivrance spontanée ou artificielle. Fermeture de l'utérus en quatre plans.

Jeannin suit la technique de Beck dans les cas peu douteux ; voici son procédé dans les cas très douteux ou infectés :

Laparatomie médiane sous-ombilicale, mais allant jusqu'au péritoine.

Incision transversale de celui-ci et suture au péritoine viscéral au niveau de la zone de solide attache.

Incision du péritoine du segment inférieur comme dans le procédé de Beck.

Incision du segment inférieur verticalement sur la ligne médiane.

La technique adoptée par notre maître, M. le Professeur Paucot, est la suivante :

1. Laparotomie médiane sous-ombilicale.
2. Incision verticale du péritoine pariétal.

3. Isolement soigneux de l'utérus et protection de la cavité péritonéale par des grandes compresses.

4. Incision transversale du péritoine viscéral, à quelques centimètres du repli vésico-utérin.

5. Refoulement de la vessie vers la symphyse.

6. Fixation d'un chef de catgut à droite et à gauche de la ligne médiane du segment inférieur.

7. Incision longitudinale de 10 centimètres sur la ligne médiane du segment inférieur.

8. Extraction de l'enfant.

9. Traction sur les deux catguts fixés à l'utérus au niveau de l'incision, de façon à repérer les bords de la plaie utérine et à éviter l'écoulement du liquide amniotique mélangé de sang dans la cavité péritonéale.

10. Délivrance artificielle.

11. Fermeture de l'utérus en un plan au catgut par points très rapprochés.

12. Le lambeau péritonéal supérieur est attiré le plus bas possible et fixé au segment inférieur par des points séparés.

13. Le lambeau inférieur est attiré en haut, recouvrant en pan de redingote le lambeau supérieur.

14. Fermeture de la paroi abdominale en trois plans.

De l'incision du segment utérin à la fin de la délivrance, nous utilisons un aspirateur électrique qui nous a donné les meilleurs résultats : nous ne sommes aucunement gênés par le sang ou le liquide amniotique et, grâce à cet appareil, nous pouvons vérifier *de visu* notre cavité utérine après la délivrance.

C'est, à quelques petits détails près et l'aspirateur en plus, la technique de Beck ; c'est aussi celle de Brindeau, Couvelaire, Reeb, Aubert, Grosse, Weymeersch, Holland, Le Lorier. C'était celle du regretté professeur Schickelé.

Nous reprochons aux procédés de Franck, Veit et Fromme, Sellheim (deuxième et troisième manières), Baumm, Fraipont, Hirst, de protéger insuffisamment la cavité péritonéale contre l'infection secondaire consécutive à la transsudation possible des liquides utérins au niveau de la cicatrice opératoire et des orifices des points de catgut ; c'est aussi la critique que nous adressons à la technique de Beuttner.

La protection meilleure du péritoine (procédé de Hirst) ou du tissu cellulaire pelvien (procédé de Beuttner), nous paraît être un avantage plus théorique que réel lorsque nous songeons à l'imperfection des sutures péritonéales provisoires, et à la fréquence de leurs déchirures au cours de l'extraction du fœtus.

Au reste, l'emploi de l'aspirateur facilite grandement cette protection de la cavité péritonéale et nous fait également rejeter les manœuvres d'extériorisation de l'utérus qui augmentent le choc opératoire et que préconisent cependant Armitage, Hessler, Henckel, Dörfler, Jullien et Caraven.

Certains auteurs, enfin, Münro Kerr, Hendry, Dörfler, Hessler, Phaneuf ces temps derniers, Beckers, Jullien, Caraven, reprenant l'idée de Franck, préconisent l'incision transversale du segment inférieur qui aurait les avantages suivants :

1. Elle peut se faire à un niveau quelconque du segment inférieur : on peut choisir une zone moins vasculaire et avoir ainsi une hémorragie minime ; il nous a semblé jusqu'ici que les hémorragies gênantes provenaient non du réseau vasculaire utérin superficiel, mais de la cavité des sinus utérins que l'incision transversale ne peut davantage respecter que l'incision verticale.

2. Elle évite les plaies de la vessie : on les rencontrait surtout avec les procédés extra-péritonéaux, jamais pour ainsi dire avec la césarienne transpéritonéale.

3. L'incision est physiologique : la contraction musculaire de l'utérus se fait en anneau; une incision transversale n'est qu'une dissociation musculaire (Jullien) et donnera une cicatrice plus résistante.

C'est affirmer là une chose sur laquelle on a discuté et on discute encore beaucoup.

De Lee reproche au contraire à l'incision transversale de pouvoir être une gêne dans un accouchement ultérieur, car, pour lui, l'utérus se contracte longitudinalement depuis le col.

Les travaux de Demelin, de Bayer, les examens histologiques d'Aschoff et de ses élèves semblent avoir bien démontré ce qu'étaient les anneaux de contraction de l'utérus, et prouvé que cet organe était formé d'un entrelacement de fibres longitudinales et circulaires, qu'il était à peu près impossible de dissocier ; l'incision doit donc couper les unes ou les autres, et ne peut être une simple dissociation.

4. L'incision transversale se pratique uniquement sur le segment inférieur : on évite ainsi sa prolonga-

tion dans le corps, ce qui arrive assez souvent avec l'incision verticale, soit par déchirure au moment de l'extraction de la tête, soit que l'on ait été obligé de la prolonger vers le haut, le segment inférieur étant insuffisamment développé. Dans la plupart des cas de rupture utérine après césarienne basse, on remarque qu'elle s'est produite au niveau du corps utérin sur lequel la cicatrice avait mordu. L'incision transversale rendrait donc moins fréquente cette grave complication.

C'est là un fait indiscutable, mais malheureusement, cette incision fait courir un risque qui n'est pas moins sérieux : elle peut se prolonger vers les bords utérins, lors des manœuvres parfois délicates de l'extraction fœtale, léser les gros troncs artériels et veineux qui s'y trouvent et nécessiter ainsi une hystérectomie.

Ses partisans répondent qu'on évite cette propagation dangereuse en faisant, d'une part, une incision suffisante, d'autre part, une incision curviligne à concavité tournée vers la symphyse (mais alors on sectionne les fibres transversales et les fameux anneaux de contraction).

Nous ne croyons pas malgré tout devoir renoncer à l'incision verticale, le risque de rupture après une césarienne basse étant minime, ainsi que nous le prouverons plus loin, et, à notre avis, pas plus grave que la lésion des vaisseaux utérins.

INCISION DE LA PAROI ABDOMINALE

On peut faire une laparatomie médiane sous-ombilicale, ou une incision de Pfannenstiel telle que la fait un certain nombre d'auteurs allemands.

Avec Bürger, nous rejetons complètement cette dernière, non seulement pour le manque de jour qu'elle donne, mais surtout à cause du grand danger d'infection de la paroi, le contenu utérin étant souvent suspect, sinon nettement infecté dans la césarienne basse.

EXTRACTION DE L'ENFANT

On peut, dans certains cas, faire une version. Il a toujours été facile d'extraire la tête par pressions latérales exercées sur l'utérus par un aide, tandis que l'opérateur la faisait tourner, un doigt dans la bouche fœtale, comme dans la manœuvre de Mauriceau.

La plupart des auteurs conseillent en cas de grande difficulté, l'extraction au moyen du forceps de Pajot.

Il faut, avant tout, faire une incision suffisante du segment inférieur : on évitera ainsi les ennuis d'une extraction difficile et surtout la prolongation de l'incision sous forme de déchirure soit vers la vessie (et pouvant l'intéresser), soit vers le corps utérin : la cicatrice qui résulte de ces déchirures est souvent vicieuse et sera l'origine d'une rupture au cours d'une grossesse ultérieure.

LE DRAINAGE DANS LA CÉSARIENNE BASSE

Dans la majorité des cas, on referme complètement le ventre, mais, dans les cas infectés ou fortement suspects, il est possible, et nous verrons plus loin que c'est un des avantages de la méthode, de placer un Mickuliz.

Couvelaire, Brindeau, Jeannin et de nombreux auteurs l'ont employé avec succès.

Notons, pour être complet, que le professeur Hauch recommande le drainage de l'espace rétro-vésical non par la plaie abdominale, voie courbe et irrégulière, mais par une mèche placée en arrière de la vessie et qu'il dégage par colpotomie antérieure après fermeture de la plaie utérine.

———o———

Nous nous trouvons finalement en présence de deux procédés, les autres n'en étant que des variations plus ou moins marquées.

1° *La technique de Hirst,* caractérisée par l'incision longitudinale du péritoine pariétal et viscéral avec suture des deux feuillets : méthode conçue avec le souci de protéger la grande cavité péritonéale contre l'infection par inoculation au moment de l'opération.

2° *La technique de Krönig-Beck,* caractérisée par une incision transversale du péritoine viscéral et le recouvrement de la cicatrice utérine par un double feuillet péritonéal: suture en redingote. Cette méthode, qui néglige en elle-même la péritonite primitive par inoculation, donne une très sérieuse garantie contre la péritonite secondaire post-partum.

CHAPITRE II

L'Anesthésie

On peut employer l'anesthésie générale.

L'*éther* présente dans la césarienne basse les mêmes inconvénients que dans les autres interventions chirurgicales: son emploi n'est pas sans danger (Couvelaire a eu une syncope mortelle), il ne procure pas toujours, tant s'en faut, le silence abdominal complet cependant indispensable à l'accomplissement rapide d'une intervention de technique assez délicate ; mais surtout il entraîne un grand nombre de complications pulmonaires, non seulement graves par elles-mêmes, mais aussi parce qu'elles sont le point de départ d'autres infections. Ainsi que le dit de Lee : « Un point important, qui semble trop souvent méconnu, sont les rapports entre un processus infectieux évoluant dans les poumons et la suppuration de la plaie par l'intermédiaire de la septicémie. Les microbes sont transportés du poumon à tous les points de moindre résistance et en particulier au niveau des régions traumatisées par

l'acte opératoire. C'est là une des causes les plus importantes de nos infections opératoires et je pense que si l'on pouvait éliminer l'éther, on abaisserait la morbidité, et la mortalité ne serait plus que de 1/3 pour cent ».

L'éther ne nous semble devoir être conservé que lorsque il y a contre-indication sérieuse à un autre mode d'anesthésie, chez les grandes hémorragiques hypotendues en particulier, où ses propriétés cardiotoniques rendront service.

Le *chloroforme,* exception faite des contre-indications habituelles : cardiopathie, néphrite, hépatite, semble être particulièrement bien supporté par la femme enceinte ; cependant, Brindeau, Couvelaire, Grosse rapportent chacun un décès dû à un ictère grave chloroformique au cours des suites opératoires. On obtient avec lui un silence abdominal parfait, mais il a le gros inconvénient de supprimer assez souvent la rétraction utérine, de provoquer l'inertie, donc des hémorragies qui ont été parfois assez abondantes pour nécessiter l'hystérectomie (un cas de Couvelaire), et même causer la mort (Balard, Le Lorier, chacun un cas).

Nous sommes cependant restés fidèles au chloroforme, mais, pour éviter les hémorragies, nous faisons une injection sous-cutanée de lobe postérieur d'hypophyse (1/4 de lobe) au début de l'intervention et 1 gr. d'ergotine la délivrance achevée. Certains auteurs préfèrent injecter l'extrait hypophysaire dans la paroi utérine au moment de l'incision.

Depuis longtemps, Krause, Brandt en Allemagne,

Brindeau en France et, à sa suite, depuis 1925, Andérodias, Balard, Brouha, Bürger, Grosse, Odagesco, Tassovatz préconisent dans la césarienne l'*anesthésie rachidienne*.

Les solutions injectées varient avec les auteurs. Brindeau emploie la stovaïne en solution au 1/10 à la dose de 7 centigr., Vaudescal 8 à 12 centigr. de novocaïne en solution à 4 % dans du sérum physiologique, Tassovatz la syncaïne Clin en solution à 5 % à dose de 10 à 12 centigr.

On fait préalablement une injection sous-cutanée de 25 centigr. de caféine. Tous pratiquent le barbotage après avoir laissé couler quelques centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien. L'anesthésie est complète en 6 à 8 minutes.

Ce n'est que très rarement, d'après ces auteurs, que l'on rencontrerait :

La *céphalée*, les *vomissements*, si l'on prend soin de ne pas mettre la patiente en déclivité sitôt l'injection faite.

La *rétention d'urine*, dont Brindeau rapporte cependant un cas qui dura un mois.

Les *paralysies des membres inférieurs*, le plus souvent fugaces, parfois définitives et signalées un certain nombre de fois en chirurgie générale.

La *mort subite* ne se produirait pas plus fréquemment qu'avec les autres anesthésiques, le chloroforme en particulier ; nous en avons relevé trois cas dans nos observations, rapportés par Brindeau, Brouha et Schickelé.

Les plus gros reproches que l'on pourrait faire à ce mode d'anesthésie sont :

L'*échec*, très rare du reste, avec le barbotage et les solutions fraîches préparées extemporanément : il nous semble plutôt dû à ce que la solution anesthésique n'a pas été injectée en réalité dans le canal rachidien.

L'*impossibilité de faire la ponction lombaire* chez des femmes qui ont souvent des malformations squelettiques. Brindeau l'évalue à 7 à 8 % des cas.

En revanche, la rachi-anesthésie paralysant le centre inhibiteur lombaire laisse l'utérus sous la dépendance de l'innervation sympathique et de ses ganglions pariétaux ; il en résulte une rétraction parfaite du corps utérin, tandis que le segment inférieur paralysé reste flasque.

Le décollement du placenta en est grandement facilité (Tassovatz, sur 56 cas, a observé 17 décollements spontanés) et, *surtout, l'hémorragie est considérablement diminuée* : la suture utérine est donc meilleure, et parce qu'elle n'est pas faite à l'aveugle, et parce que la plaie, non distendue par l'hémorragie, cicatrisera beaucoup plus facilement ; il ne se formera pas de ces petits hématomes pariétaux, qui sont un danger pour la solidité de la cicatrice et trop souvent le point de départ d'une infection.

Ainsi que le dit Odagesco, « l'absence d'hémorragie intra-utérine pendant l'opération et quelque temps après, est un des facteurs qui comptent le plus pour l'avenir de la cicatrisation de la plaie utérine. »

Le silence abdominal est absolu, le choc anesthésique minime.

Nous n'avons jamais utilisé l'anesthésie rachidienne dans la césarienne, mais nous nous promettons désormais de l'expérimenter ; nous ne partagerons cependant pas l'enthousiasme de certains auteurs, tel Coll de Carrera, qui n'hésitent pas à l'employer chez des femmes hypotendues par des hémorragies dues à un placenta prævia (Max. 7,5 min. 5) ,pour faire un Delmas, il est vrai, mais néanmoins, avec les doses habituelles d'anesthésique.

Quoique la femme enceinte paraisse particulièrement bien supporter les anesthésiques, il faut cependant tenir compte des contre-indications habituelles à la rachianesthésie : la néphrite chronique albuminurique, l'hypotension, les cardiopathies, l'obésité, les céphalées habituelles. Enfin, avec Balard et Mahon, nous recommandons également de ne pas l'employer chez les syphilitiques et les tuberculeuses fébriles en évolution, son action irritative sur les méninges pouvant favoriser la localisation d'un processus infectieux sur l'axe cérébrospinal.

De Lee, enfin, a mis en valeur l'*anesthésie locale*. Il emploie une solution fraîchement préparée de novocaïne à 0,5 %, à laquelle il ajoute deux gouttes de solution d'adrénaline au millième, par trente grammes. Il faut, en général, 200 grammes de solution pour obtenir une bonne anesthésie.

On trouvera la technique détaillée des injections, soit dans l'article original de De Lee (Surgery.

Gyn. Obst. February 1925), où il en rapporte 67 cas, soit dans la thèse de Marassi (Paris, 1925, N° 209). Hamm, en France, Walthard et Frey en Suisse se servent assez régulièrement de la méthode (Frey emploie le niketol chirurgical).

L'anesthésie locale est certes, la moins choquante de toutes ; elle n'est cependant pas sans danger, puisque De Lee rapporte un cas de mort due à la novocaïne ; elle évite l'acidose, les complications pulmonaires, mais la rachianesthésie aussi ; la convalescence est plus rapide, les suites opératoires sont plus faciles, mais il faut reconnaître que l'opération dure plus longtemps, et surtout que l'anesthésie, même pratiquée avec la patience, la minutie et la lenteur désirable, est loin d'être toujours parfaite. Sur les 67 cas rapportés par De Lee, 39 seulement ont été menés à bien uniquement par la novocaïne ; il a fallu, dans 28 cas, compléter l'anesthésie, plus ou moins longtemps, par du protoxyde d'azote, du chlorure d'éthyle ou de l'éther.

Il faut enfin tenir compte de l'état psychique de la femme, qui nous paraît, en général, peu favorable à une anesthésie locale pour une intervention relativement longue, où l'on ne peut injecter préalablement un peu de scopolamine-morphine, qui ferait courir les plus grands risques au fœtus.

Aussi, considérons-nous cette méthode comme une méthode d'exception, à n'employer que dans des circonstances spéciales : malades atteintes d'affections cardiaques, rénales, hépatiques et parfois respiratoires, où elle nous paraît alors être particulièrement intéressante, pour ne pas dire indispensable.

CHAPITRE III

Les Résultats

Avant de discuter la valeur du procédé dont nous venons d'exposer la technique, il est naturel d'en donner d'abord les résultats, et d'étudier les rendements différents que l'on peut avoir d'après la façon de poser les indications. Nous avons pu réunir, au cours de nos recherches bibliographiques, 4931 cas de césarienne transpéritonéale basse ; ils représentent les observations publiées par Anderodias, Baisch, Balard, Beck, Benthin, Bercovici, Beuttner, Brindeau, Brodhead, Brouha, Bumm, Bürger, Calcaterra, Call, Chapulliot, Cornell, Couvelaire, Danforth et Grier, Döderlein, Dörfler, Dujol, Engelhard, Eparvier, Fehling, Fleurent, Fraipont, Franz, Fruhinsholz, Fürst, Gaifami, Garipuy, Gordon, Greenhill, Grimault, Gromadzki, Grosse, Gueniot Guggenberg, Hamm, Hauch, Hendry, Heinricius, Henkel, Hessler, Hinderfeld, Hirst et Van Dolsen, Hodgkins, Hofmeier, Isaakian, Jeannin, Jullien, Klumper, Krause, Kütsner, Labhardt, Laffont, Langrock, De Lee, Lewis, Le Lorier, Magos, Mann, Martius, Miller, Munro Kerr, Munzenberger, Œtiker, Paucot, Phaneuf, Reeb, Risacher, Van Rooy, Rosellen, Rossier, Schic-

kelé, Schulte, Schweitzer, Seebrecht, Siegel, Souza, Stoekel, Trillat, Vanverts, Wagner, Walthard, Welton, Weymeersch et Wöllner.

LA MORTALITE MATERNELLE

Sur ces 4931 cas, nous avons relevé 172 morts maternelles, donnant une mortalité globale de 3,4 %, mais il faut remarquer que nous comprenons dans ce chiffre toutes les indications et qu'une grosse partie des décès provient d'opérations exécutées in extremis en cas de placenta prævia ou d'éclampsie par les accoucheurs Allemands en particulier et dans l'intérêt exclusif du fœtus ; c'est ainsi que nous relevons :

13	décès	par placenta prævia, non compris les infections secondaires.
1	»	par hémorragie résultant du décollement prématuré du placenta.
18	»	par éclampsie.
2	»	par toxémie gravidique.
7	»	par cardiopathie.
8	»	par anesthésie.
4	»	par broncho - pneumonie post - anesthésique.
1	»	par maladie de Basedow.
1	»	par occlusion intestinale résultant d'une bride due à une césarienne haute antérieure.
1	»	par anémie syphilitique pernicieuse.
1	»	par insuffisance surrénale aiguë.
57		

Huit malades sont mortes du choc opératoire, mais il y avait deux albuminuriques avec myocardite, dont l'une avec hydramnios et néphrite chronique, une moribonde, une albuminurique fébrile ayant subi des tentatives infructueuses de forceps au dehors, et une femme atteinte de polyomyélite.

Peut-on en toute justice mettre ces cinq décès à l'actif de l'opération ? Il semble beaucoup plus probable que toute autre méthode eût amené le même résultat.

Enfin, Martius, sur les sept décès de sa statistique, dit en avoir eu quatre sans aucun rapport avec l'opération ; il n'en précise pas la cause.

Voici donc 66 morts à retrancher du bilan de la césarienne basse ; il en reste 105, parmi lesquelles nous relevons :

30 décès par péritonite généralisée.
7 » par infection puerpérale (sans la moindre réaction péritonéale).
2 » par phlegmon pelvien.
9 » par embolie.
5 » par inertie utérine.
3 » par broncho-pneumonie.
3 » par choc opératoire.
2 » par occlusion intestinale.
1 » par gangrène du colon transverse par embolie mésentérique.
1 » par dilatation aiguë de l'estomac et appendicite.

---

63 décès au total, correspondant à 3.958 opérations.

Quant aux 43 morts qui restent, elles correspondent à une série de 974 observations où nous n'avons pu trouver d'autres renseignements que le chiffre brut de la mortalité, sans indication des causes. Notre mortalité opératoire s'abaisse considérablement et passe à 1.59 %.

Si nous ne considérons que les péritonites, nous en trouvons 30 cas; encore faut-il éliminer un décès dû à une faute de stérilisation (Balard) et un autre décès causé par une matrone indigène qui avait infecté la malade (Chapulliot).

Nous obtenons alors 0,7 % de mort par péritonite : c'est également le chiffre auquel parvient Marassi dans sa thèse.

Nous n'avons pas tenu compte jusqu'ici des conditions dans lesquelles on était intervenu ; les cas étaient-ils purs ou impurs ? (travail durant depuis longtemps, touchers répétés et plus ou moins aseptiques, poche des eaux rompue, tentatives de forceps, de version, infection nette).

Si l'on s'en tient aux *cas purs*, nous trouvons, sur un total de 761 cas, 7 morts dont voici les causes :

Remarque. — Nous avons éliminé les cas de mort dus à l'anesthésie désirant discuter uniquement la valeur de la Césarienne basse en tant que technique opératoire : Du reste les méthodes que l'on pourrait lui opposer comportent également une anesthésie avec les mêmes risques.

2 décès par péritonite.
1 septicémie puerpérale (sans réaction péritonéale).
1 décès par inertie utérine (anesthésie au chloroforme).
1 » par rachi-anesthésie.
1 » par broncho-pneumonie due à anesthésie à l'éther.
1 » par choc opératoire.

Le pourcentage global est de 0,91, le pourcentage opératoire 0,65, et la mortalité par péritonite de 0,24 %.

Passons aux *cas impurs*. Nous avons pu relever 1.443 observations avec 36 décès se répartissant ainsi :

12 décès par péritonite.
5 » par septicémie puerpérale.
3 » par anesthésie.
4 » par placenta prævia.
2 » par phlegmon pelvien.
2 » par embolie.
1 » par broncho-pneumonie.
1 » par dilatation aiguë de l'estomac et appendicite.
1 » par choc opératoire.
1 » par toxémie gravidique.
1 » par myocardite.
1 » par gangrène du colon par embolie mésentérique.
1 » par inertie utérine.
1 » par occlusion intestinale par bride consécutive à une césarienne antérieure.

Soit une mortalité globale de 2,7 %, que l'on peut

ramener, au point de vue opératoire, à 1,8 %, et au point de vue péritonite à 0.83 %.

Dans nos 1.443 cas, 62 observations sont relatives à des infections manifestes, où les femmes dépassaient 38 de température ; nous relevons également 9 tentatives de forceps ; il est vrai qu'il s'est produit 2 décès par péritonite, soit 3,2 % de mortalité.

Voici, du reste, très résumées, quelques observations typiques à cet égard.

HIRST ET VAN DOLSEN

Femme en travail depuis plus de 24 heures. Tentative de version qui amène une procidence des membres inférieurs. Césarienne transpéritonéale basse après avoir iodé les jambes du fœtus sorties depuis quatre heures au moment de l'intervention, et les avoir refoulées dans le vagin. Au moment de l'incision du segment inférieur, nouvelle procidence des membres à la vulve ; extraction du fœtus par voie haute. Légère suppuration de la partie inférieure de la plaie abdominale.

GAIFAMI

Primipare en travail depuis deux jours. Multiples touchers sans asepsie, dilatation complète, T. 38°, liquide amniotique fétide, physométrie, césarienne transpéritonéale basse, abcès à la partie inférieure de l'incision pariétale, guérison en un mois.

Observation 2. — Analogue à la précédente, 39° quelques jours dans les suites opératoires, et formation le septième jour d'un abcès de la paroi ; guérison rapide.

Schickelé

Secondipare. Bassin généralement rétréci. T. 37°,9. Pouls 84. Rupture de la poche des eaux depuis six jours. Suites de couches compliquées par une légère suppuration abdominale. Guérison parfaite le trente-deuxième jour.

Observation 2. — Primipare, bassin rachitique, 68 heures de travail, poche des eaux rompue depuis huit heures et demie. Six examens pratiqués. Paramétrite avec ouverture dans le vagin ; guérison en quarante jours.

Observation 3. — Secondipare, bassin généralement rétréci, température 38°,7. Pouls 105. Poche des eaux rompue depuis vingt-quatre heures, écoulement fétide suites de couches apyrétiques. Sortie le vingtième jour.

Brodhead

Primipare. Bassin très rétréci. Travail depuis 48 heures. Examinée en ville par cinq médecins différents. Césarienne transpéritonéale basse ; issue de liquide purée de pois. Suites opératoires : 38°,3, pouls petit et rapide, facies péritonéal pendant deux jours, puis abcès de la paroi. Guérison en 38 jours.

Brouha

Bassin rétréci, 30 heures de travail, poche des eaux rompue depuis 24 heures. Muguet vaginal.

Suites opératoires fébriles pendant quatorze jours. Lochies fétides pendant quelques jours ; aucune réaction abdominale.

Andérodias

Primipare. Bassin rétréci, poche rompue depuis 34 heures. T. 37°,7. P. 100. Suites normales.

Observation 2. — Primipare bassin rétréci, poche des eaux rompue depusi 72 heures. T. 39°. Sérum anti-streptococcique. Suites normales.

Observation 3. — Primipare, bassin rétréci, poche des eaux rompue depuis 17 heures. T. 38°,4. Suites normales.

Observation 4. — Bassin canaliculé, poche des eaux rompue depuis 15 heures. T. 38°. Infarctus pulmonaire le treizième jour. Guérison.

Observation 5. — Bassin rétréci. Poche rompue depuis 32 heures. T. 37°,6. Suites normales.

Observation 6. — Primipare. Bassin rétréci. Tentatives répétées et infructueuses de forceps. Cinq heures après, césarienne basse. Suppuration de la paroi, guérison.

Balard

Primipare, poche des eaux rompue depuis 3 heures. T. 38°,3. Suites de couches sans la moindre réaction péritonéale. Cinq jours. T. 38°.

Dujol

Poche rompue depuis 10 heures, trois touchers, tentatives de forceps. T. 38°. P. 108. Suites opératoires normales ; guérison en 18 jours.

Laffont

Primipare en travail depuis 24 heures, poche des eaux rompue depuis 6 heures. Procidence du bras droit. Césarienne transpéritonéale basse ; suites normales.

Henriot

Primipare en travail depuis 17 heures, rupture prématurée des membranes 24 heures auparavant. Dilatation de 2 fr. T. 38°,5. P. 100. Césarienne basse avec Mickulicz.

38°,4 le deuxième jour, 38°,1 le troisième, puis suites normales.

Observation 2. — Primipare en travail depuis 32 heures. Rupture prématurée des membranes huit jours avant. Liquide teinté de méconium. T. 38°,2. Césarienne basse avec drainage, suites normales.

Observation 3. — Secondipare en travail depuis 17 heures. Rupture prématurée des membranes 21 heures avant. T. 38°,1. Césarienne basse avec Mickulicz. Suites opératoires fébriles (entre 39 et 40) trois jours, puis guérison.

Walthard a opéré cinq femmes qui étaient nettement infectées et dont l'infection dépassait, selon lui, les limites de l'utérus. Il a obtenu quatre survies, avec abcès du paramètre chaque fois ; une malade est morte de péritonite.

LA MORBIDITE

Elle est assez élevée, mais il faut tenir compte du grand nombre de cas impurs opérés.

Dans 1804 observations, nous avons pu contrôler les complications qui avaient pu se produire dans les suites de couches : nous en avons relevé 353, soit dans 19,4 % des cas, mais nous devons faire remarquer que nous avons négligé les petites poussées fébriles de quelques jours et sans explication.

Il y eut :

192 poussées fébriles prolongées.
72 suppurations de la paroi abdominale.
22 phlébites.
15 congestions pulmonaires et broncho-pneumonies.
8 infarctus pulmonaires.
9 fistules utéro-abdominales.
8 pyélites.
7 paramétrites.
6 cystites purulentes.
3 infections mammaires.
3 rétentions des lochies.
2 dilatations aiguës de l'estomac.
2 hématomes entre la vessie et l'utérus.
2 éventrations.
1 iléus paralytique.
1 phlegmon de la parotide avec œdème de la glotte.

Benthin accuse 14 % de morbidité ; Martius 35 % ; Siegel 58 %. Ces écarts semblent provenir de la façon

d'interpréter les complications : c'est ainsi que Siegel compte comme cas de morbidité toute élévation de température au-dessus de 37,5 axillaire ; il ne trouve déjà plus que 29 % de femmes ayant dépassé cette température pendant quatre jours.

LA MORTALITE INFANTILE

Nous n'avons pu trouver de renseignements sur ce sujet que dans 2.427 observations : elles donnent, en bloc, 146 décès, soit une mortalité de 6 % qui paraît élevée mais doit être considérablement diminuée par l'examen des circonstances dans lesquelles elle est survenue.

Nous avons relevé :

30 décès avant l'intervention, faite uniquement dans l'intérêt de la mère.
14 » au cours de placenta prævia.
13 » au cours d'éclampsie.
7 » par pneumonie intra-utérine.
3 » par hérédo-syphilis.
3 » fœtus macérés.
3 » fœtus malformés.
2 » survenus l'un 28, l'autre 35 jours après la naissance.
8 » par lésions craniennes ou cérébrales causées par des tentatives de forceps infructueuses.
1 » par procidence du cordon.
1 » par toxémie gravidique.
1 » par décollement prématuré du placenta.

Au total, 86 morts que l'on ne peut reprocher à l'opération quant à sa valeur technique. Nous nous réservons d'examiner dans un autre chapitre la question de la césarienne basse dans ses rapports avec le placenta prævia, l'éclampsie.

Notre statistique ainsi expurgée ne nous donne plus que 60 morts pour 2.341 cas, soit une mortalité de 2,5 % ; elle nous montre aussi que, dans un certain nombre de cas, on aurait pu et dû éviter la césarienne : il semble, tout au moins pour les cas de fœtus morts avant l'intervention, que l'on a oublié les vieilles méthodes, la basiotripsie en particulier, qui a cependant l'avantage de laisser un utérus intact.

———o———

En résumé, la césarienne transpéritonéale basse nous donne les résultats suivants :

3,4 % de mortalité globale.

1,59 % de mortalité due à l'opération.

0,7 % de mortalité par péritonite.

Le tableau suivant nous permettra de comparer les résultats dans les cas purs et les cas impurs :

	Mortalité globale	Mortalité due à l'opération	Mortalité par péritonite
Cas purs ...	0,91 %	0,65 %	0,24 %
Cas suspects	2,70 %	1,80 %	0,83 %

Dans les cas infectés, la mortalité par péritonite s'élève à 3,2 %. Dès à présent, nous pouvons dire que la césarienne transpéritonéale basse est une excellente opération dans les cas impurs, où elle donne des résultats supérieurs à la césarienne haute ; elle est encore une bonne intervention dans les cas suspects, sa mortalité n'y étant pas plus élevée que dans tout autre procédé qu'on pourrait lui opposer ; elle est à rejeter dans les cas nettement infectés au profit de l'hystérectomie.

CHAPITRE IV

Résistance de la Cicatrice Utérine de la Césarienne Transpéritoneale Basse

Comment la cicatrice de la césarienne basse allait-elle se comporter au cours des grossesses ultérieures ? Beaucoup, envisageant l'amincissement du segment inférieur à la fin de la parturition et surtout pendant l'expulsion, la fréquence relative de ses ruptures spontanées, émettaient les pronostics les plus sombres.

D'autres faisaient au contraire remarquer qu'après la césarienne classique, les ruptures se faisaient presque toujours à la partie supérieure de la cicatrice, ils en tiraient argument en faveur de la césarienne basse.

Nous possédons aujourd'hui un recul suffisant pour opposer à de simples suppositions des faits précis et indiscutables.

Nous n'avons relevé que 22 observations de rupture utérine après césarienne basse ; en voici les sources :

Vogt, 5 cas ; Franz, 3 cas ; Hellmuth, 3 cas ; Süssmann, 2 cas, Freund, Wolf, Martius, Müller, Wetterwald, Weber, Willkomm, Maxwell, Heynemann (rapportant un cas d'Eversmann), chacun 1 cas.

Nous éliminons, avec Wetterwald, les cas suivants :

1° Opitz. — Déchirure transversale de la portion supérieure du col ; la cicatrice du segment inférieur de direction longitudinale était intacte.

2° Latzko. — Déchirure longitudinale de la portion gauche du col, survenue au cours d'un accouchement prématuré, provoqué au moyen d'une laminaire, pour placenta prævia. La cicatrice cervicale était macrospiquement et microscopiquement intacte.

3° Keller. — Déchirure longue de 12 centimètres commençant à 5 cm. au-dessus de la cicatrice césarienne, à 4 cm. à droite de la ligne médiane, et s'étendant obliquement vers le milieu et en bas, pour aboutir à l'extrémité inférieure de la cicatrice. Le péritoine pariétal est adhérent au bord utérin en haut et à gauche, l'adhérence provoque une élongation de tout l'utérus qui explique la rupture.

Ce sont là des ruptures utérines après, mais non du fait de césarienne basse; dans les trois cas, l'épreuve du travail avait du reste été subie avec succès. Ils peuvent, au contraire, montrer la résistance de la cicatrice, le segment inférieur s'étant déchiré dans des endroits non touchés par l'opération antérieure. Signalons, enfin, que trois cas rapportés par Blacker, puis par Hauch, Chatillon, Perrier, font double emploi avec ceux de Wolf, Freund et l'un de ceux de Franz.

Le chiffre de 22 pourrait paraître élevé et permettre

d'annoncer avec Gauss (Congrès de Gynécologie de Bône) « le crépuscule de la césarienne basse », s'il n'était établi qu'avec nos 4.931 observations ; il faut également compter les cas de césariennes supra-symphysaires extra-péritonéales ; nous n'avons pu faire une statistique, mais il suffit de signaler que Greenhill évaluait à 25.000 cas l'ensemble des césariennes supra-symphysaires (AM. J. ; Obst. et Gynéc., 1928, p. 294), pour se rendre compte que le pourcentage de rupture est tout autre.

Il faut également remarquer que, dans six de ces cas (Franz 2, Hellmuth 2, Freund 1, Wolf 1), la cicatrice qui empiétait sur le corps utérin soit par suite de déchirure à l'extraction de la tête, soit par insuffisance du segment inférieur, s'était justement rompue dans la région corporale de l'utérus.

Encore que l'on doive tenir compte de la non-formation possible du segment inférieur, elle ne peut être reprochée au procédé lui-même, mais souvent aux conditions spéciales de son emploi, le placenta prævia, par exemple. Nous avons vu, lorsque nous avons étudié la technique, que, pour éviter la déchirure à l'extraction de la tête fœtale, il ne fallait pas vouloir limiter l'incision de façon excessive.

En France, où cette erreur n'a pas été commise, où la césarienne basse a surtout été réservée aux rétrécissements pelviens et n'a pas eu, de ce fait, à compter avec les particularités de l'insertion basse du placenta, on ne relève pas un cas de rupture sur 1085 observations.

La valeur de la cicatrice est également prouvée par

les observations assez nombreuses d'accouchements après césarienne basse, qu'ils aient été spontanés ou terminés par une prise de forceps, une version : Wetterwald en rapporte 34 cas, Phaneuf 2, Paucot 1 cas ; Blacker cite le cas d'une femme ayant subi deux césariennes basses et accouché ensuite par les voies naturelles, Lichtenstein celui d'une grossesse gémellaire avec 6 litres de liquide amniotique s'étant terminée normalement après 40 heures de travail.

Le nombre des cas où la césarienne itérative a permis de constater l'intégrité absolue du segment inférieur dépasse la centaine ; Gaifami a pu même constater une *restitutio ad integrum* microscopiquement parfaite.

Est-il maintenant nécessaire de comparer ces résultats avec ceux de la césarienne haute ?

Morisson Lacombe arrive à un pourcentage de 4 % de ruptures utérines, Eardley Holland au même résultat avec 97 cas ; les statistiques les plus favorables admettent 1 %. Planes, dans sa thèse, donne le chiffre de 8 % ; déjà, en 1913, Couvelaire pouvait en réussir 50 cas, et trouvait des amincissements notables dans 17 % des cas : ils sont extrêmement rares dans la césarienne basse, nous n'en avons pas trouvé 20 cas signalés dans nos observations.

De l'ensemble de ces faits, on peut conclure nettement en faveur de la cicatrice sur le segment inférieur ; sa valeur est illustrée par l'observation de Wolf, qui rapporte le cas d'une femme césarisée une première fois suivant le procédé classique, une seconde fois selon la technique supra-symphysaire, et qui, au cours d'une

troisième grossesse, fut atteinte d'une rupture utérine dans la cicatrice haute, la cicatrice basse restant intacte.

On ne peut nier la possibilité et l'existence des ruptures de cicatrice après césarienne basse ; il faut même reconnaître que l'infection plus souvent rencontrée, puisqu'il s'agit la plupart du temps de cas impurs est une cause défavorable à la cicatrisation *per primam* des plaies et susceptible au contraire de provoquer la production de tissu cicatriciel scléreux, sans souplesse (et ceci sera une raison pour proscrire l'opération dans les cas infectés).

L'*absence de contractions* au niveau de l'incision pendant les suites de couches, est une des causes qui permettent une cicatrisation parfaite des tissus ; le segment inférieur, enfin, n'a qu'à se laisser distendre pendant les grossesses ultérieures et seulement à la période terminale ; il n'a pas à participer, comme la zone corporéale, à l'effort violent des contractions utérines. C'est dans ces deux raisons qu'il faut voir l'explication des bons résultats obtenus.

La rupture utérine après césarienne basse est, de plus, moins grave pour la mère qu'après césarienne classique, ainsi que le démontre la statistique suivante:

Sur 14 cas dont nous avons pu connaître les résultats, il y a eu 3 décès à déplorer, soit une mortalité de 21,4 % ; dans la césarienne classique, Holland relève 31 décès sur 97 cas, soit 32 % de mortalité.

Le tableau de la rupture est, en général, peu bruyant ; pouls qui tend peu à peu à filer, cessation des douleurs du travail, tels sont les signes habituels et qui nécessitent par leur discrétion une mise en

observation soigneuse des femmes antérieurement césarisées.

La mortalité infantile est sensiblement la même : 10 enfants sont morts avec la césarienne basse, soit dans 72 % des cas, 76 avec la césarienne haute, donnant une mortalité de 78,3 %.

CHAPITRE V

Valeur de la Césarienne Transpéritonéale Basse

I. Les Avantages

Nous venons de voir que la cicatrice de la césarienne basse était beaucoup plus résistante que celle de la césarienne classique, et que sa rupture était moins grave pour la mère. Ce n'est pas là le seul avantage de l'intervention en cause.

L'incision, se trouvant dans le petit bassin, siège dans une zone infiniment plus résistante à l'infection que la grande cavité péritonéale ; les opérations gynécologiques viennent chaque jour confirmer cette assertion. Le blocage de la région peut être effectué très facilement avec un *Mickulicz* qui prendra point d'appui sur les parois pelviennes ; il n'en est pas de même avec la césarienne haute où l'on applique le sac sur un organe mobile qui va involuer : l'isolement de la suture est alors précaire, les anses intestinales mobiles

présentent des interstices où les liquides septiques s'infiltreront avec la plus grande facilité.

La zone intéressée étant fixe, le contact de la cicatrice avec les anses intestinales et l'épiploon ne s'établit que très tard après la réintégration de l'utérus dans le petit bassin, quand le volume de l'organe est redevenu presque normal ; il ne se produit pas de ces adhérences qui amènent les pires difficultés et parfois de graves accidents lors de césariennes itératives ; il ne peut pas non plus s'en former avec la paroi abdominale ; il est vrai qu'on en a signalées avec la vessie, et qui ont quelquefois gêné l'opérateur au cours d'une deuxième césarienne, mais elles sont bien plus rares et moins graves que les adhérences avec l'intestin qui se forment après une césarienne haute.

L'incision pariétale est moins importante que dans la césarienne classique ; on n'a pas à pratiquer l'extériorisation de l'utérus, et, à aucun moment au cours de l'intervention, on ne voit apparaître les anses intestinales ou l'épiploon dans le champ opératoire ; il s'ensuit une diminution considérable du choc, les malades présentent le plus souvent le facies des accouchées normales, ne sont atteintes que tout à fait exceptionnellement d'ileus paralytique, complication assez fréquente après césarienne haute, et rarement aussi de dilatation aiguë de l'estomac.

Enfin, ce n'est que dans le cas peu fréquent de placenta prævia, et encore faut-il qu'il soit inséré sur la face antérieure de l'utérus, que l'incision tombe sur le placenta ; c'est un incident assez fréquent au cours de la césarienne haute, et qui, pour n'être pas

insurmontable, n'en est pas moins gênant par l'abondance de l'hémorragie provoquée.

D'autres avantages tiennent à la structure même du segment inférieur.

C'est la partie la moins vascularisée de l'utérus, on aura donc une hémorragie moindre que dans la césarienne haute. Nous verrons cependant ultérieurement que cette supériorité n'est pas reconnue par tous les auteurs.

La minceur du segment permet une suture parfaite des bords de la plaie et un affrontement très facile que n'entrave pas la contraction utérine.

Durant les suites de couches, les sutures n'ont pas à supporter l'effort des contractions comme sur le corps utérin, effort qui tend à écarter les lèvres de la plaie.

La désunion mécanique et primitive, due au desserrement des nœuds, n'a jamais été signalée. Au contraire, dans les césariennes hautes, bien qu'on puisse l'imputer en général à une imperfection de technique, elle est assez fréquente pour avoir entraîné la publication d'un nombre important de cas, sans parler des cas méconnus, et justifier l'emploi de sutures un peu complexes, telles que la suture de Lambotte et la suture en double cercle préconisée par le Professeur Paucot.

La désunion secondaire par infection devient moins redoutable du fait de la péritonisation ; ce qu'il y a, en effet, de plus important, c'est la constitution d'un feuillet péritonéal libre : on obtient avec la plus grande

facilité une péritonisation de la plaie utérine absolument comparable à celle que l'on réalise au cours d'une hystérectomie. On peut ici faire un surjet séro-séreux vrai : le double revêtement péritonéal, en redingote, protège d'une façon presque absolue contre la *péritonite secondaire,* fréquente dans les césariennes classiques tardives.

La possibilité d'une péritonisation véritable et complète, principe si salutaire de chirurgie générale et qui a fait faire de grands progrès à toute la chirurgie abdominale, affirme, dans la césarienne basse, toute sa valeur.

Tout d'abord, le danger de suintement des lochies au travers de la cicatrice est moindre, du fait de l'inexistence du brassage dans le segment inférieur ; les résultats cliniques ensuite, ont prouvé que, même avec déhiscence de la suture utérine, la barrière péritonéale donnée par le procédé de Beck était suffisante pour éviter la péritonite.

Brouha a perdu une malade de septicémie puerpérale, sans qu'il y eût jamais la moindre réaction péritonéale. L'autopsie montra que, sous le surjet péritonéal, la plaie était désunie ; il n'y avait aucune trace de péritonite.

De Lee et Cornell, Walthard, Phaneuf, Schickelé (thèse de Perrier) ont eu des déhiscences de la suture utérine, avec fistule utéro-abdominale, qui se sont terminées par la guérison sans que la malade ne donnât la moindre inquiétude quant au péritoine.

Signalons, enfin, que cette péritonisation parfaite

est aussi une des causes qui s'opposent le plus à la formation des adhérences.

En résumé, *par le siège de l'incision, par l'existence d'un péritoine viscéral non adhérent à l'utérus, par la structure du segment inférieur, la césarienne transpéritonéale basse présente toute une série d'avantages qui lui donnent le pas sur la césarienne classique ; nous allons voir qu'elle présente cependant quelques inconvénients.*

II. Les Inconvénients

Tout d'abord, certains auteurs ne reconnaissent pas les avantages du procédé ; pour eux, la cicatrice doit être fragile, la barrière péritonéale est illusoire. Nous avons vu que les résultats envisagés d'une manière purement objective contredisent ces impressions. Mais il existe d'autres critiques dont nous allons maintenant étudier la valeur.

La césarienne basse est d'une *exécution technique beaucoup plus difficile* que la césarienne corporéale et nécessite un entraînement chirurgical particulier.

Pour n'être peut-être pas « deux incisions et quatre sutures » comme le disait Henneberg au Congrès de Gynécologie de 1921, il n'en est pas moins vrai qu'elle n'offre pas de sérieuse difficulté opératoire ; elle n'est, en particulier, pas comparable à la césarienne extrapéritonéale. Au reste, l'argument serait-il vrai qu'il ne nous paraîtrait guère sérieux ; il appartient à l'accoucheur de se mettre au niveau des progrès de son art,

il risquerait, sans cela, de justifier la boutade peu flatteuse de Farabeuf.

On a également exagéré *les difficultés d'extraction* du fœtus : nous n'avons jamais eu besoin de forceps jusqu'ici, et, comme le fait remarquer Engelhard, « l'extension de la plaie au corps utérin peut être fort limitée par la présence d'un catgut noué solidement à l'extrémité supérieure de la plaie et prenant toutes les tuniques de l'utérus ».

Nous avons déjà dit ce que nous pensions des *difficultés des césariennes basses itératives* par suite des adhérences vésicales et péritonéales ; la plupart des auteurs ont tout au plus trouvé une adhérence un peu plus marquée entre le péritoine utérin et le segment inférieur : certains d'entre eux ont pratiqué jusqu'à quatre fois la césarienne basse chez la même femme.

Les hémorragies ont été signalées un assez grand nombre de fois comme fort gênantes. Elles tiennent à plusieurs causes :

Les hémorragies par déchirure des plexus latéraux sont tout à fait exceptionnelles, sinon inexistantes, quand on pratique une incision longitudinale et suffisante du segment inférieur ; celles de la tranche utérine ne sont pas particulières à la césarienne basse, les hémorragies atoniques non plus ; ces dernières sont provoquées par l'épreuve du travail, et il en serait de même dans une césarienne haute tardive.

Nous avons du reste vu le rôle énorme que jouait la rachianesthésie dans leur traitement préventif.

Seules sont particulières au procédé les *hémorragies du réseau vasculaire rétro-vésical et les hémorragies*

dues au décollement latéral du péritoine recouvrant le segment inférieur ; elles sont très rares, le décollement de la vessie s'effectuant généralement sans effusion de sang, ne sont jamais dangereuses, il s'agit d'un écoulement en nappe, mais peuvent allonger la durée de l'opération, car elles nécessitent une hémostase très soignée, si l'on veut éviter la formation d'un hématome rétropéritonéal toujours prompt à s'infecter; nous avons vu qu'on peut l'éviter en drainant l'espace rétro-vésical sous-péritonéal à travers le cul-de-sac antérieur (Hauch).

La *difficulté de l'exploration utérine et péri-utérine* (Grosse), au cours de l'intervention, et secondairement la possibilité de laisser une tumeur juxta et surtout rétro-utérine, n'est qu'un bien faible argument et sans grande valeur vis-à-vis des avantages importants du procédé.

Le *segment inférieur* n'est pas toujours assez développé pour y faire complètement une incision suffisante ; c'est là un reproche plus sérieux que les précédents ; la majorité des auteurs, en pareil cas, préconise l'extension de l'incision à la partie inférieure du corps utérin, se basant sur ce fait qu'il est toujours facile de recouvrir complètement cette portion corporéale de l'incision avec le péritoine décollé. Peut-être, dans ces cas, y aurait-il intérêt à utiliser l'incision transversale du segment utérin ainsi que la pratiquent Munro Kerr, Phaneuf, Hessler.

Un autre reproche sérieux fait à la césarienne basse, c'est de risquer de localiser l'*infection dans le tissu*

cellulaire pelvien et de provoquer ainsi des cellulites aussi graves que des péritonites.

Cet argument, basé sur l'expérience des procédés extrapéritonéaux, n'est plus de mise aujourd'hui : une fois de plus, la pratique a bouleversé les théories et montré que cette infection pelvienne était rarement grave avec les méthodes transpéritonéales.

Nous ne pouvons relever que deux morts par cellulite pelvienne sur 3.958 opérations exécutées souvent dans des cas suspects.

La morbidité sur 1804 cas où nous avons pu l'étudier s'est élevée à 9 fistules utéro-abdominales, 7 phlegmons du paramètre, au total 0,8 % des cas, encore Walthard a-t-il opéré quatre femmes en ayant reconnu avant l'opération que l'infection dépassait les limites de l'utérus.

Sans méconnaître les risques d'apparition d'un phlegmon dans les cas impurs, cet accident est trop rare pour faire préférer la seule intervention qui puisse y parer, c'est-à-dire la mutilation de la femme par hystérectomie.

L'emploi du Mickulicz, le drainage de l'espace rétro-vésical selon le conseil de Hauch, la sérothérapie antigangréneuse et antistreptococcique, parfois aussi un choix plus judicieux des interventions, une critique plus sévère des indications pourront encore abaisser le nombre de ces échecs ou demi-échecs.

Reste enfin une dernière critique : la fréquence des *accidents veineux* à la suite des césariennes au cours du travail. Il est possible que le voisinage immédiat des plexus veineux utérins puisse favoriser dans les

cas suspects le développement de phlébites. Nous en relevons 22 sur 1804 observations et 8 infarctus pulmonaires dus sans doute à des phlébites pelviennes méconnues, soit 1,6 % de morbidité. Ce n'est pas exagéré si l'on tient compte du grand nombre de cas impurs que contient la statistique et si l'on se reporte aux chiffres donnés par des auteurs ayant relevé les résultats d'un service obstétrical :

Seipp : 180 phlébites sur 19.693 accouchements : 0,91 % des cas.

Probst : 15 phlébites sur 2.200 accouchements : 0,68 % des cas.

Clinique de Zurich de 1903 à 1912 : 211 thromboses ; 274 phlébites sur 3.400 accouchements : 1,4 %

CHAPITRE VI

Les Indications de la Césarienne Transpéritonéale Basse

LES VICIATIONS PELVIENNES

Nous n'avons pas l'intention de faire ici l'exposé complet de la thérapeutique obstétricale dans les viciations pelviennes, mais de montrer simplement ce qu'on est en droit d'attendre de la césarienne basse transpéritonéale et le progrès qu'elle réalise sur les autres interventions antérieures, la césarienne classique en particulier.

Il n'est pas nécessaire, à l'heure actuelle, d'insister longuement sur la valeur des procédés d'extraction du fœtus par voies basses ; depuis longtemps déjà, les tentatives de *forceps au détroit supérieur,* les *versions avec manœuvre de Champetier de Ribes* sont condamnées.

Le Professeur Pinard a définitivement réglé le sort de la *basiotripsie ;* elle ne peut et doit servir qu'en

cas de mort du fœtus, encore faut-il qu'elle ne fasse pas courir à la femme un danger trop grand : utérus trop manifestement infecté, rétrécissement du bassin trop prononcé ; l'hystérectomie devrait alors lui être préférée, ou, dans certains cas, l'opération de Portes.

L'*accouchement prématuré provoqué* avait la grande vogue il y a vingt-cinq ans ; le pronostic maternel de cette intervention justifiait sa faveur ; on pouvait, en effet, évaluer la mortalité à 1 % ; mais, outre une morbidité assez importante, on obtenait un pronostic fœtal franchement mauvais, oscillant autour de 25 % de mortalité. Les décès étaient dus et à la fragilité des fœtus nés avant terme, et, plus encore, aux manœuvres d'extraction nécessitées par l'inadaptation du bassin et de la tête fœtale, trop souvent impossible à évaluer exactement.

Nous nous rangeons à l'avis du Professeur Brindeau, qui, plus sévère que l'école de Lyon, réserve l'accouchement prématuré provoqué « aux multipares, à bassin peu touché, chez lesquelles un ou plusieurs accouchements antérieurs se sont terminés par la naissance d'enfants vivants, et qui semblent contenir dans leur utérus un fœtus volumineux, en ayant soin de ne jamais provoquer le travail avant 8 mois $\frac{1}{2}$ ».

Restent alors les procédés chirurgicaux :

Les *pelvitomies* ont eu des alternatives de succès et d'oubli ; actuellement, elles traversent pour le moins une période d'oubli : le nombre de leurs partisans diminue chaque jour ; ceux qui les prônaient encore en 1927, tels Rossier, Le Lorier, sont venus depuis à la

pratique de la césarienne basse ; à mortalité au moins égale, elles ont l'avantage de ne pas laisser de cicatrice utérine, mais causent des hémorragies, des troubles urinaires sérieux, l'incontinence d'urine en particulier, et surtout, donnent un pronostic fœtal médiocre.

Voici, du reste, les statistiques de Menge (Archiv. für Gyn. 1918) :

Pubiotomie	Cas	Mort. maternelle	Mort. Foetale
Schläfli	664	4,96 %	9,15 %
Römer	300	2,6 %	6,6 %
Menge	104	0	6,7 %
Symphyséotomie			
Franck	316	2,84 %	10 %

Le taux élevé de la mort fœtale est dû comme dans l'accouchement prématuré provoqué à ce que les opérateurs ont souvent dû terminer l'expulsion par des manœuvres de force fœticides.

Il paraît inutile d'éterniser la discussion devant ces chiffres et, de suite, nous pouvons dire avec le Professeur Couvelaire que les pelvitomies ne doivent être pratiquées que chez des femmes non infectées, à dilatation complète, lorsqu'il n'existe qu'une disproportion légère entre la tête et le bassin ne nécessitant pas plus de trois à quatre centimètres d'écartement osseux, et que l'on est certain de ne pas devoir se servir d'un

forceps ou pratiquer une version ; elles seront donc contre-indiquées chez la primipare, dont les parties molles ne sont pas assez souples et élastiques.

La valeur comparative des césariennes, classique et transpéritonéale basse, est dominée par la question des cas purs et impurs ; nous l'étudierons séparément dans chacune de ces deux éventualités.

La césarienne basse dans les cas purs

La césarienne classique garde encore ici, pour beaucoup d'opérateurs, le premier rang, à cause de sa plus grande simplicité, de sa rapidité d'exécution et des résultats excellents qu'elle donne : Bar pouvait, par exemple, présenter une suite de 97 cas sans décès ; la moyenne des statistiques donne une mortalité qui varie autour de 1 %.

C'est ce que donne la césarienne basse appliquée dans les mêmes conditions ; nous sommes arrivés, en effet, au taux de 0,91 % sur un relevé de 761 cas purs ; mais, il faut, pour obtenir un semblable pourcentage avec la césarienne haute, se livrer à des interventions dites prophylactiques, c'est-à-dire « très tôt dans le travail, sinon avant le début même du travail » (Bar).

Dès que l'on attend, on risque de se trouver en présence d'une rupture de la poche des eaux ; même avec des explorations strictement aseptiques, réduites au minimum, pratiquées dans une clinique, on ne peut plus affirmer que le cas est absolument pur ; on trouvera alors une augmentation légère, mais cependant sensible, de la mortalité, due en grande partie à la péritonite. C'est ainsi que l'on arrivera à 2,9 % de mort (Routh), 1,6 % (Münro Kerr).

Si l'on veut à tout prix, avoir recours à la césarienne classique haute, il faut donc risquer d'augmenter assez sensiblement la mortalité opératoire, ou user de la césarienne prophylactique, celle-ci ne permettant tout au plus qu'un semblant d'épreuve du travail.

On est alors amené à césariser un certain nombre de femmes qui auraient dû accoucher par les voies naturelles, à leur faire courir le risque inhérent à toute opération, ne serait-ce que celui d'une faute de stérilisation, à les affliger, enfin, d'une cicatrice de solidité incertaine.

Or, on peut évaluer à environ 70 % des cas le nombre des femmes qui accouchent spontanément avec un bassin limite. *C'est ici qu'apparaît un avantage énorme de la césarienne basse sur sa rivale :* permettant de poursuivre assez longuement l'épreuve du travail pour que l'on puisse intervenir sans arrière-pensée, *elle épargne l'opération à 70 % des femmes ;* ce n'est pas le moindre mérite d'un procédé, si minime que soient les risques qu'il comporte, que de réserver son application aux seuls cas où il est rigoureusement indispensable.

Même dans les cas où le rétrécissement du bassin est assez marqué pour nécessiter de toute évidence l'intervention, elle sera encore la meilleure méthode, car elle donnera des suites de couches plus simples, une cicatrice plus solide, et évitera les adhérences susceptibles, soit de gêner au cours d'une intervention itérative, soit de provoquer un jour une crise d'occlusion intestinale avec toutes ses conséquences.

La césarienne basse dans les cas impurs

Nous délimitons cas impurs ceux dans lesquels les femmes en travail depuis un certain temps ont subi des examens d'une asepsie douteuse, ceux où il y a rupture de la poche des eaux, ceux, enfin, où il y a eu des tentatives d'extraction du fœtus par forceps, version, sans toutefois que la femme présente de fièvre.

La supériorité de la césarienne basse est ici manifeste. Notre statistique nous a donné sur 1.652 cas de bassins rétrécis, une mortalité globale de 2,6 %, dont seulement 1,8 % sont imputables à l'opération et 0,73 % à la péritonite.

Certes, les observations de césariennes tardives hautes terminées avec succès ne manquent pas.

Boquel, en 1903, en avait présenté cinq cas avec un seul décès dû à une cause accidentelle (brûlure). Lepage publiait quatre cas avec succès en 1907. La thèse de Lemoussu rapporte 38 observations en 1908, puis ce sont les quatorze cas de Mouchotte ; cependant, comme le disait M. Couvelaire : « La part de hasard est trop grande dans ces succès, les résultats obstétricaux éloignés trop aléatoires ».

Voci, du reste, la statistique d'Eardley Holland et Münro Kerr (1921) donnant les résultats des césariennes faites en Angleterre de 1911 à 1920 :

Conditions	Total des cas	Mort. maternelle	Pourcentage
Opérées en travail . Membranes intactes .	384	7	1,8
Opérées tardivement	213	20	9,4
Après essai de forceps	102	27	26,5

Brandt, sur 61 cas, a une mortalité de 13,6 % ; Essen Möller, Hauch de 5,3 % ; Applegata de 13,9 %.

Selon Polak et Beck, la mortalité dans les cas impurs est de 11,5 % en Amérique.

Il est inutile de continuer cette énumération, les résultats ne sont pas comparables.

Il apparaît clairement aujourd'hui que le seul traitement possible des cas de rétrécissement pelvien chez les femmes suspectes d'infection, ne peut être que la césarienne transpéritonéale basse ; seule, elle permet de conserver sans danger à de jeunes femmes un utérus dont la valeur ultérieure sera à peine diminuée. Comme le dit Krause, un des gros bienfaits de la césarienne basse est la diminution du nombre des hystérectomies.

Césarienne basse et cas infectés

Faut-il pratiquer la césarienne basse dans les cas manifestement infectés, lorsque le liquide amniotique est fétide, en cas de physométrie ?

Nous ne croyons pas pouvoir suivre sur ce chemin les conseils et l'exemple de Schickelé, de Walthard et d'un grand nombre d'auteurs Allemands. Certes, nous avons bien vu les cas publiés par Gaifami et un certain nombre d'autres opérateurs, mais ils ne nous apparaissent que comme des expériences dangereuses, où l'on risque la vie d'une femme presque comme un coup de dé.

La mortalité par péritonite s'y élève à 3,2 %.

La césarienne transpéritonéale basse ne préserve pas des accidents généraux dus à l'infection puerpérale ;

la mortalité par embolie, métastases infectieuses, s'élève considérablement dans ces sortes d'opérations, les survies y sont achetées au prix d'une morbidité trop grave : fistule utéro-pariétale, abcès du paramètre (quatre cas sur quatre de Walthard) ; les souffrances, les risques courus semblent disproportionnés à la conservation d'un utérus, dont les fonctions doivent être bien compromises, aussi croyons-nous qu'il vaut mieux, dans de telles conditions, avoir recours à l'hystérectomie.

Peut-être, dans certains cas, pourrait-on avoir recours à l'opération de Portes, procédé d'exception au dire même de l'auteur, et dont nous n'avons pas l'expérience.

LE PLACENTA PRÆVIA

Le traitement chirurgical du placenta prævia est une des questions très discutées de la thérapeutique obstétricale. Les méthodes obstétricales donnent une moyenne de 6 à 8 % de mort maternelle, 40 à 60 % de mort fœtale.

Depuis longtemps, on a cherché à améliorer ces chiffres, surtout celui de la mort infantile, mais on s'est heurté à de nombreuses difficultés.

La *césarienne vaginale* exige pour donner de bons résultats, un petit fœtus, des parties molles maternelles souples, l'absence de grosse infection ; elle expose, de plus, à des hémorragies et surtout à des déchirures utérines fréquentes ; l'infection, enfin, n'y est pas négligeable.

La *césarienne classique* est facile à exécuter, rapide, elle a l'avantage d'intéresser une zone où ne se trouve pas le placenta, mais c'est une opération choquante, qui devient très dangereuse lorsqu'il s'agit de cas d'une asepsie douteuse.

Il est bien certain que l'on doit regarder tout cas de placenta prævia hémorragique comme impur, le cotylédon décollé et saignant étant un excellent terrain de culture pour les microbes vaginaux. La césarienne haute nous donne alors ici les mêmes appréhensions que dans les bassins rétrécis, lorsque le cas est impur.

Faudra-t-il intervenir dès la première hémorragie, même si le travail est commencé? Nous risquons alors de faire un certain nombre de césariennes parfaitement inutiles et d'opérer des femmes qui auraient accouché très simplement par les méthodes obstétricales.

Devrons-nous au contraire attendre et risquer la péritonite ou l'hystérectomie, si nous intervenons plus tard ? Il ne faut pas oublier que ce choix n'est trop souvent que théorique : le placenta prævia est une dystocie assez rarement prévue ; beaucoup de femmes sont amenées à la clinique après avoir subi un certain nombre de touchers douteux, parfois un tamponnement.

La césarienne classique ne donne pas alors de bons résultats pour la mère : 6,11 % de mort maternelle en moyenne, 18 % de mort fœtale, et cependant les cas très suspects ne sont pas compris dans cette statistique, ils ont été traités par hystérectomie.

Dans de telles conditions, on comprend que beau-

coup d'accoucheurs aient préféré les méthodes obstétricales, la métreuryse en particulier, et réservé le traitement chirurgical à des cas exceptionnels : placenta prævia compliqué d'une autre dystocie, primipare âgée dont l'utérus n'a qu'une faible valeur, grande multipare à col usé et que guette la rupture utérine, femmes mal soignées, anémiées, infectées, la conclusion de l'opération étant, du reste, le plus souvent une hystérectomie.

La césarienne basse a rencontré les plus vives critiques lorsque certains auteurs : Van Rooy, Aubert, Beuttner, puis Schickelé, Brindeau, ont voulu l'appliquer au placenta prævia : elle était cependant utilisée depuis longtemps en Allemagne dans des cas analogues par Martius, Krause, Schweitzer, Schulte, etc...

Des partisans convaincus de sa supériorité dans d'autres indications, Brouha, Walthard, Gaifami la rejetaient ici.

« Cette incision augmente l'hémorragie opératoire et aussi, semble-t-il, les difficultés de la suture qui doit porter sur le tissu du col que l'insertion a plus ou moins altéré » (Brouha).

« La musculature du segment inférieur, dit le Professeur Paquet, déjà réduite à l'état normal, plus réduite encore et amincie lorsque le placenta s'y insère, fera mal l'hémostase, les ligatures vivantes n'existant pas ou n'étant pas suffisamment actives ; il en résultera la possibilité d'hémorragies formidables susceptibles d'entraîner à elles seules l'obligation de pratiquer l'hystérectomie ou de provoquer la mort de l'opérée par anémie aiguë. »

Ce reproche d'*hémorragies graves et violentes* ne nous paraît pas absolument fondé ; comme le dit Van Rooy : « on voit la surface d'insertion placentaire devant soi ; en cinq ou six points le sang jaillit en abondance, on y met des sutures et en quelques minutes la métrorragie est vaincue ».

Le risque n'est guère plus grand que dans la césarienne classique avec insertion normale du placenta.

Autre critique : *le segment inférieur est très souvent insuffisamment formé* lorsqu'il existe un placenta prævia. Nous avons vu que l'on pouvait arriver facilement à recouvrir les quelques centimètres de l'incision corporéale nécessaire à la bonne extraction de la tête, avec le péritoine vésical.

Un autre reproche qui a été fait, c'est *le peu de solidité que présenterait la cicatrice* au cours d'une grossesse ultérieure lorsque l'incision aurait porté sur la zone d'insertion placentaire lésée par les villosités choriales: il faut avouer que cette critique n'est pas sans fondement et que, dans deux des vingt-deux cas de rupture que nous avons signalés, les césariennes antérieures avaient été faites pour placenta prævia.

Ces inconvénients doivent nous faire réfléchir avant d'opérer une malade, ils condamnent le traitement chirurgical systématique de tout placenta prævia quel qu'il soit et dans n'importe quelle condition, mais il n'en reste pas moins vrai que la césarienne basse présente des avantages considérables.

Peu choquante, elle peut être employée beaucoup plus facilement que la césarienne classique, chez les

malades anémiées, hypotendues par leurs hémorragies.

Sa valeur protectrice évidente contre la péritonite secondaire la rend précieuse dans les cas impurs, c'est-à-dire presque tous les placenta prævia, surtout en adjoignant un Mickulicz.

Elle permet, dans les cas où l'on hésite à intervenir, ce que nous pourrions appeler l'épreuve de la rupture large des membranes ; ici comme dans les rétrécissements pelviens, grâce à la sécurité donnée par l'intervention quant à l'infection péritonéale, nous ne craignons pas l'attente et nous évitons ainsi, soit un certain nombre d'opérations inutiles et jamais inoffensives, soit, en cas d'échec, l'obligation d'avoir à recourir à des procédés pour le moins fœticides.

La possibilité d'*examiner de visu l'insertion placentaire* met à l'abri des hémorragies secondaires dues, le plus souvent, à des dilacérations du segment inférieur, à des fissures qui échappent à un examen manuel et que provoquent souvent les méthodes obstétricales.

La césarienne basse est, enfin, une excellente opération au point de vue fœtal ; nous avons pu en relever 294 observations pour placenta prævia. 14 décès maternels, soit 4,7 % de mortalité globale se sont produits, mais 4 femmes ont été opérées à toute extrémité et sont mortes sur la table d'opération, on ne peut que regretter l'heure tardive à laquelle, pour des raisons extra-médicales du reste, ces interventions durent être pratiquées. Nous avons donc 10 décès dont 1 dû à une embolie pulmonaire au seizième jour des suites de couches. Il n'y a eu aucun cas de

péritonite, notre mortalité est donc de 3.4 %. Si l'on songe que l'on est intervenu pour les cas les plus graves, les placentas centraux, chez des femmes souvent anémiées, infectées, on peut affirmer qu'aucune méthode actuellement en vigueur ne peut donner d'aussi beaux résultats.

36 fœtus ont succombé, ce qui nous donne 12,2 % de léthalité, 14 enfants étaient morts avant l'intervention, faite uniquement dans l'intérêt de la mère, 8 autres étaient des prématurés décédés au bout de quelques jours, il ne nous reste donc que 14 décès, soit 4,7 % de mortalité fœtale, ce qui est de beaucoup inférieur à tout autre traitement.

Nous n'avons ni une pratique suffisante, ni le recul nécessaire pour porter un jugement sur les applications de la méthode de Delmas au traitement du placenta prævia, néanmoins, malgré l'exemple de Coll de Carréra et de quelques autres accoucheurs, nous hésiterons toujours à pratiquer une rachianesthésie chez une femme hypotendue ; les échecs de dilatation du col sont signalés encore assez souvent ; les chances de rupture du segment inférieur, aminci et lésé par le placenta, nous paraissent enfin devoir être assez grandes au cours des manœuvres pratiquées et rendre cette méthode plus dangereuse qu'une césarienne basse faite en temps voulu, et non comme trop souvent en désespoir de cause.

Grâce à la césarienne basse, on peut étendre la partie chirurgicale de la thérapeutique du placenta prævia et ne pas lui réserver simplement les plus mauvais cas, en se plaignant ensuite de n'obtenir que des résul-

tats médiocres là où, du reste, les autres méthodes auraient fait faillite complète.

Tout placenta prævia nécessitant une intervention active, par l'abondance de ses hémorragies avant tout début de travail, sera traité d'emblée par la césarienne basse.

Il en sera de même :

1° Lorsqu'il s'agit d'une dystocie complexe surajoutée au placenta prævia : bassin limite, sténose ou lésion cervicale, col usé des grandes multipares, manque de souplesse des parties molles.

2° En cas de placenta prævia complet recouvrant.

3° En présence de femmes arrivant anémiées, souvent infectées et paraissant incapables de supporter la moindre hémorragie nouvelle.

Dans les autres cas, la femme sera soumise à l'épreuve de la rupture large des membranes et césarisée en cas d'échec.

L'ECLAMPSIE

Certains auteurs ont préconisé le traitement de l'éclampsie par la césarienne, citons en particulier A. Wagner et W. Fürst. Nous n'avons jamais usé de cette méthode.

Selon eux, le traitement immédiat est préférable au traitement tardif, et il faut entendre par traitement immédiat, le plus efficace : l'accouchement rapide qui élimine le facteur étiologique de l'éclampsie, la grossesse, et supprime les effets nocifs de l'accouchement. Lorsque les parties molles ne sont pas ouvertes, la seule méthode d'accouchement rapide est la césarienne.

Nous avons relevé 117 observations de césariennes pratiquées pour éclampsie et compté 18 décès, soit une mortalité de 15,4 %. Ce chiffre est élevé, et même en tenant compte du fait qu'un certain nombre d'opérations ont été pratiquées à la dernière extrémité, il ne nous paraît pas devoir justifier le procédé.

Stroganoff, appliquant sa méthode, a obtenu sur 300 cas une mortalité maternelle globale de 2,6 % et de 16,6 % pour le fœtus. Nous ne pensons pas qu'en cas d'éclampsie on puisse comparer aussi peu que ce soit la vie fœtale et la vie maternelle, le produit de conception étant un enfant qui naîtra souvent prématurément, toujours intoxiqué et avec de trop gros risques de mort rapide.

La méthode de Delmas nous semble ici particulièrement indiquée, la ponction lombaire étant déjà par elle-même un traitement conseillé jadis par Helme, oublié un peu de nos jours, mais que vient de remettre en honneur Zangemeister.

INDICATIONS DIVERSES

Nous venons de voir quelles étaient les principales indications de la césarienne basse et nous avons pu juger que jamais elle n'était inférieure à la césarienne classique, que, très souvent, au contraire, elle avait sur elle des avantages considérables. Il sera opportun de l'utiliser dans des cas exceptionnels qui peuvent présenter les indications les plus diverses et dont la statistique suivante, empruntée à De Lee, donne un aperçu.

Dystocie des parties molles, rétrécissements du vagin, malformations		7
Toxémies gravidiques (autres que l'éclampsie)		2
Décollement du placenta normalement inséré		5
Mort habituelle du fœtus		8
Cardiopathies		12
Dystrophies pelviennes	fibrome prævia	26
	kyste de l'ovaire	
	tumeur du bassin	
Antéfixation utérine		1
Malformation utérine		2
Procidence du cordon		1
Cancer du rectum		1
Pyélite		1
Rupture utérine imminente		5
Présentation de la face chez une primipare âgée		3
Fracture du bassin		1
Hyperthyroïdie		1

On ne saurait admettre en principe que les complications énumérées par De Lee justifient toujours la césarienne basse ; chacun de ces cas doit être discuté et examiné individuellement, il n'en faut retenir dans l'ensemble que l'urgence d'une évacuation utérine qui devait être réalisée dans un délai minimum.

Nous ajouterons cependant comme indications typiques :

Les *présentations de l'épaule négligées* avec enfant vivant, dans lesquelles la version serait dangereuse et risquerait de provoquer une rupture utérine.

Les *anomalies de la contraction utérine* par excès ou insuffisance (Brindeau, Dörfler).

Les gros fœtus.

Il est une réserve à faire en faveur de la césarienne haute : c'est le cas de décollement prématuré du placenta normalement inséré ; elle permet d'avoir sous les yeux la portion lésée de l'utérus ; on peut ainsi se rendre compte d'une façon plus précise de la gravité et de l'étendue des lésions et se décider en tout état de cause à réserver ou à pratiquer l'hystérectomie.

Observations

OBSERVATION I

Mme P. — Primipare. D. R. vers le 13 juillet 1923. Bassin hédéro-syphilitique ; promontoire accessible à 10 cc., sacrum redressé sur toute sa hauteur.

Au début de Mars, présentation de l'extrémité céphalique, tête très élevée. Quelques douleurs lombaires apparaissent le 6 avril 1924 : à 22 heures *les membranes se rompent.* Le 7, à six heures du matin, la dilatation atteint une paume de main ; présentation de la face ; la tête déborde le pubis.

Césarienne basse à 8 h. 30, mais d'une manière *atypique*, incision *verticale* du péritoine utérin que l'on ne suture pas au péritoine pariétal, section du muscle utérin : *hémorragie abondante* après l'extraction du fœtus. L'hémostase assez difficile exige des points de suture très rapprochés. On recouvre en partie la suture par un plissement du péritoine vésical.

Fièvre le quatrième jour, *sans la moindre réaction péritonéale*, qui oscille entre 39 et 40° jusqu'au huitième jour. L'état général reste excellent ; le huitième

(1) Les six premières observations ont été présentées à la Réunion Obstétricale du 26 octobre 1927 et publiées dans l'Echo Médical du Nord, du 31 Décembre 1927.

jour, désunion de la plaie abdominale à 6 cm. du pubis et évacuation de pus épais ; le neuvième jour, évacuation de pus par le vagin, la température tombe ; une sonde introduite dans la plaie montre qu'il existe une fistule utéro-pariétale ; celle-ci se ferme rapidement. Guérison au bout de quinze jours.

L'enfant, du sexe féminin, pèse 2 kg. 710.

OBSERVATION II

Mme W., 24 ans, secondipare. Premier accouchement en avril 1923 : cinq applications de forceps infructueuses suivies de version, enfant mort.

Deuxième grossesse : D. R. du 16 au 20 janvier 1924. Vue le 14 août 1924 : col profondément déchiré à droite, en haut, à gauche et en bas ; les cicatrices saillantes sont adhérentes, par des brides courtes et épaisses, à la paroi vaginale. A gauche, le vagin adhère à la paroi pelvienne et l'induration cicatricielle s'étend en avant et en arrière, formant une sorte de plafond rigide, douloureux, qu'il faut déprimer pour atteindre le promotoire à 10 cm. 6.

Le 10 septembre, sommet en G. T. ; les cicatrices vagino-cervicales, bien que très assouplies, ont encore une certaine rigidité.

Premières douleurs le 5 novembre à 6 heures ; la tête déborde franchement le pubis.

Opération à 10 heures, membranes intactes. *Section verticale* du péritoine utérin et suture au péritoine pariétal. L'incision du muscle empiète un peu sur la partie inférieure du corps utérin car le segment inférieur est court et peu étalé ; *hémorragie peu abondante.*

Suites opératoires apyrétiques, sans incidents.

L'enfant, du sexe féminin, pesait 3 kg. 990.

OBSERVATION III

Mme L. B., 31 ans ; à 28 ans, accouchement difficile aux forceps, après 28 heures de travail, d'un enfant de 3 kgs.

D. R. du 14 au 18 mars 1924, promontoire accessible à 10 cm. 6 ; le 18 décembre 1924, à 7 heures, *rupture des membranes* dès les premieres douleurs ; l'épreuve du travail n'est pas poursuivie, la tête débordant très nettement le pubis.

Opération à 9 heures : *section transversale* du péritoine, section verticale du segment inférieur saillant et très distendu ; *hémorragie assez abondante.* L'enfant une fille, pèse 4 kgs 050.

Les suites opératoires sont marquées par une *élévation de température* à 39° à partir du quatrième jour. Les dixième et onzième jours, un peu de pus épais est éliminé par le vagin ; pas de suppuration de la plaie abdominale et aucune réaction péritonéale.

La température revenue à la normale le douzième jour, s'élève à partir du quatorzième pendant six jours. Nous pensons à une menace de phlegmon du ligament large droit à cause de la sensibilité existant dans la fosse iliaque ; un examen minutieux nous fait porter le diagnostic d'entérocolite et d'appendicite chronique. Ce diagnostic fut confirmé ultérieurement : le 4 juin 1925, le docteur Lambret pratiquait une laparotomie médiane et trouvait d'importantes lésions appendiculaires avec de nombreuses adhérences et un caecum volumineux qu'il rétrécit ; aucune lésion annexielle.

En janvier 1927, l'utérus bien évolué est moins mobile que normalement et semble adhérent à la paroi par la région isthmique.

Cette malade de nouveau enceinte a accouché d'un enfant de 3 kg. 780 ; la tête fœtale s'est engagée péni-

blement après 12 heures de contractions utérines très vigoureuses et a été extraite facilement au forceps.

OBSERVATION IV

Mme L. M., 29 ans, sacrum redressé et promotoire, accessible à 10 cm.

D. R. le 18 juillet 1925. Hydramnios modéré au cours de la grossesse. Hypertension et œdème sans albuminurie.

Premières douleurs le 9 mai 1926, très espacées ; elles continuent le 10 et le 11, toujours espacées. Le 12 mai, à 5 heures, la dilatation est complète, *rupture des membranes* ; les contractions sont énergiques, la tête fœtale reste au-dessus du D. S. et n'a aucune tendance à s'engager. On pratique la césarienne à 11 heures sous anesthésie au Schleich. Température au moment de l'opération : 37°4.

On emploie la *technique de Krönig*. Par surcroît de précaution, on place un petit Mickulicz tamponnant la suture du péritoine utérin. Le segment inférieur est très étalé. *Hémorragie très peu abondante*. Aucun incident.

Dilatation aigüe d'estomac et vomissements noirs le soir même ; bien que dans l'après-midi du 13 l'état général fut satisfaisant et ait paru s'améliorer, la malade meurt le 14, à 1 heure du matin avec des *symptômes d'insuffisance surrénalienne aigüe*. L'ablation du Mickulicz a permis de constater qu'il n'existait *aucune sériosité dans le péritoine*.

L'enfant pesait 3 kg. 980 ; le placenta : 0 kg. 780.

OBSERVATION V

Mme C., 29 ans ; en 1921, accouchement aux forceps

suivi d'hémorragie ; l'enfant est mort le jour même probablement de lésions cérébro-méningées.

D. R. du 17 au 21 mars 1926. Bassin rétréci, promontoire accessible à 10 cm. Premières douleurs le 25 décembre 1926, vers 15 heures. A 23 heures : col effacé, *membranes intactes ;* au palper mensurateur, la tête déborde de un travers de doigt et demi le pubis.

A 24 heures : césarienne, *technique de Krönig* ; l'incision porte sur un segment inférieur bien étalé ; on a quelques difficultés à extraire la tête ; *l'hémorragie est très abondante* et l'hémostase nécessite de nombreux points de suture. Le surjet du péritoine terminé, il se produit, entre la séreuse et le muscle, un hématome ; le surjet défait, on constate que le sang ne provient pas de la plaie utérine, mais d'un suintement se formant entre le muscle et le péritoine qui a été décollé latéralement sur une trop large étendue ; ce suintement exige des sutures en capiton.

L'enfant, du sexe masculin, pèse 3 kg. 170.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION VI

Mme L., primipare. D. R. du 21 au 29 mai. C'est une femme de très petite taille présentant un genu-valgum considérable avec incurvation en dehors des fémurs et des tibias ; les tibias présentent en outre la déformation typique en lame de sabre. Le sacrum est accessible sur toute sa hauteur, le promontoire est atteint à 9 cm. 3. La malade présente d'autres dystrophies telles que bouche en ogive, altérations dentaires et axyphoïdie.

L'abdomen est énorme, distendu à tel point que la femme ne peut marcher sans le secours de quelqu'un ;

il existe une tension considérable de l'utérus ; le palper et l'auscultation nous font soupçonner fortement une grossesse gémellaire, étant donné la multiplicité des parties fœtales et la distance séparant les zones où l'on perçoit des battements cardiaques qui sont très faibles ; mais le degré d'hydramnios ne nous permet pas de poser un diagnostic d'une certitude absolue.

L'examen radiologique pratiqué le 4 février, montre qu'il existe deux fœtus en présentation du siège.

Le 16 février 1926, la malade perd une notable quantité d'eau ainsi que les jours suivants ; elle déclare que les fœtus dont les mouvements l'incommodaient d'ordinaire, bougent très peu et d'un seul côté.

Le 17 février, l'hydramnios semble avoir diminué, l'auscultation permet de percevoir des battements fœtaux plus nets que lors des précédents examens mais du seul côté gauche. Pas d'élévation thermique.

Le 18 février, la malade entre à la clinique Ambroise Paré. Anesthésie chloroformique, césarienne tranpéritonéale basse, *technique de Krönig*. L'incision ouvre un œuf contenant très peu de liquide amniotique ; extraction d'un fœtus mort, dont l'épiderme commence à se macérer. Rupture des membranes du second œuf contenant un enfant vivant, un moment étonné, mais vite ranimé.

Les seuls incidents opératoires sont constitués par la gêne occasionnée par la vessie saillante et par ce fait que le péritoine du segment inférieur est œdémateux et friable et que le surjet doit être fait avec beaucoup de douceur pour ne pas couper.

Suites opératoires : la température vespérale oscille autour de 38° pendant 8 jours, puis l'apyrexie est complète, la plaie se réunit per priman.

Les enfants pèsent respectivement, le mort : 2 kg. 200; le vivant 2 kg. 685.

OBSERVATION VII

M. C., 37 ans. Primipare. Premières douleurs le 23 janvier 1928, au matin ; douleurs franches depuis le 24 à midi ; examinée le 28, vers huit heures ; les contractions sont espacées et peu intenses ; l'utérus donne des signes de fatigue ; excès de liquide amniotique ; tête débordant le pubis. Poche des eaux en forme de gros boudin, dans un col dilaté à une petite paume de main.

Césarienne basse sous anesthésie chloroformique. Infiltration séreuse considérable du péritoine utérin et même pariétal. Le péritoine est friable et doit être décollé avec grande prudence ; vessie exubérante et infiltrée. A l'incision des muscles, évacuation d'un flot énorme de liquide amniotique vert ; 3 circulaires du cordon, enfant vivant de 3 kg. 600 ranimé au bout de 10 minutes.

Suites opératoires apyrétiques sans incidents.

OBSERVATION VIII

M. F., 29 ans. — Un accouchement antérieur avec forceps pénible, enfant vivant. Une hémorragie assez abondante vers le 1er Mars 1928. Le 15, premières douleurs vers le soir, accompagnées d'hémorragies assez abondantes. Le 16, à 18 heures, malade anémiée, dilatation 2f ; *dans le col, cotylédons placentaires*, la tête déborde le pubis. Césarienne basse sous anesthésie chloroformique ; on est un peu géné par une vessie exubérante. Enfant 3 kg. 235, baignant dans le méconium.

Fièvre à 38, dès le lendemain de l'intervention ; la température oscille entre 38 et 38,8 ; le 21, suppuration de la paroi, bon état général ; *pas de réaction péritonéale.*

Le 23, légère douleur et empatement de la fosse iliaque droite. Dans les premiers jours d'avril incision au-dessus de l'arcade de Fallope, par le Professeur Delannoy, d'un abcès contenant du pus peu abondant à streptocoques.

OBSERVATION IX

M. L. — *Césarienne basse itérative.* (Suite de l'observation 6), D. R., vers le 13 juin 1928. Entre en clinique, le 17 mars 1929; elle présente des douleurs depuis la veille, le col commence à se dilater, la cicatrice sus pubienne fait hernie ; à ce niveau les parties fœtales semblent être sous la peau.

L'incision porte sur la zone amincie ; la peau, le péritoine et le muscle sont adhérents et forment une paroi d'à peine un centimètre d'épaisseur ; les adhérences du segment inférieur à la paroi cessent à trois travers de doigt au dessus du pubis ; l'incision fait pénétrer d'emblée dans la cavité utérine ; on décolle cependant aisément le péritoine en arrière de la vessie et vers le haut et on extrait un fœtus de 3 kg. 100, long à ranimer. Résection, sur une largeur de deux centimètres, d'une zone amincie et scléreuse, et reconstitution de la paroi utérine, du revêtement péritonéal et de la peau.

Suites apyrétiques.

OBSERVATION X

M. V. ignore la date exacte de ses dernières régles. Le promotoire est accessible à 10 cm. 5. Le 2 mai, vers 5 heures, premières douleurs irrégulières ; le 3, douleurs énergiques et régulières jusqu'au 4 mai, à

18 heures ; *les membranes se sont rompues le 4, vers 5 heures du matin* ; l'épreuve du travail se révèle inefficace. La tête ne s'engageant pas et le col commençant à s'œdèmatier après avoir atteint la dilatation d'une très grande pièce de 5 francs, césarienne basse sous anesthésie chloroformique sans incidents ni difficultés.

Pas de choc opératoire ; suites apyrétiques extrêmement simples.

OBSERVATION XI

M. P. D., 32 ans, primipare, D. R., le 17 février 1929 ; 1 faux promontoire et le promotoire sont accessibles. *Rupture des membranes avant toute douleur, le 29 octobre 1929, au matin ;* examinée vers 21 heures; les douleurs sont régulières, la tête déborde, dilatation de 5 francs.

Césarienne le 30 Octobre à une heure sous anesthésie chloroformique, vessie saillante ; le segment inférieur court, peu étalé saigne assez abondamment à l'incision, *hémorragie facilement endiguée.*

Suites opératoires apyrétiques et sans incidents. Enfant vivant : 3 kg. 450.

OBSERVATION XII

Mme D. 21 ans, bassin canaliculé, tête débordant le pubis.

Césarienne basse à 20 heures 30, le 17 janvier 1930, au début du travail, col effacé. *Hémorragie très modérée*, pas d'incidents.

Suites opératoires très simples, apyrétiques.

OBSERVATION XIII

Mme C., 29 ans, hérédo-syphilitique, bassin rétréci sur toute sa hauteur, 4 grossesses antérieures, toutes terminées par des extractions pénibles dont sont morts les trois premiers enfants, le quatrième mourant à six mois d'hydro-céphalie.

Le 18 janvier 1930, à 20 h. 30, césarienne basse, dès le début du travail, la tête débordant franchement le pubis ; *hémorragie moyenne* ; le segment inférieur dénudé saigne en nappe ; pour éviter tout hématome, suture en capiton. Guérison simple.

Suites opératoires apyrétiques ; gros enfant vivant.

OBSERVATION XIV

Mme D. J., primipare ; promontoire accessible à 10 cm. 1/2 ; dernières règles du 1er au 6 août 1929 ; le 30 avril pas d'engagement ; premières douleurs le 8 mai, vers 6 heures ; *rupture des membranes à 9 heures*, liquide amniotique franchement vert, contractions utérines très rapprochées ; examen vers 10 heures, le col est incomplètement effacé , le cordon procident est senti entre le segment inférieur et la tête.

Sous anesthésie chloroformique, césarienne basse à 13 heures ; on tombe sur un *placenta inséré bas ; hémorragie assez abondante*, gros sinus utérin dont on arrête l'écoulement par des points en huit de chiffre. Le segment inférieur était assez épais et non étalé.

Pas de choc. Cette opérée guérit par première intention sans fièvre.

Elle devait faire 20 jours après son opération un abcès rétrocolique gauche de cause inconnue qui fut opéré et dont les suites restent inquiétantes.

OBSERVATION XV

Mme M., 20 ans, petite taille. *Hydramnios considérable* ayant fait penser à une gemellaire ; promontoire accessible. Le 16 mai 1930, tête débordant le pubis, albuminurie, œdème des jambes, tachycardie et hypotension, myocarde peu vigoureux ; assez bon état général ; le terme de la grossesse étant proche on décide, étant donné les troubles généraux qui s'accentuent quotidiennement, d'intervenir *avant tout début de travail.*

Césarienne basse, le 21 mai au matin ; aucun incident : *perte de sang minime* bien que l'utérus tarde à se contracter malgré hypophyse et ergotine. Enfant vivant de près de 4 kgs. A la fin de l'intervention le pouls est petit mais régulier ; par précaution solucamphre, sérum adrénaliné.

Une heure et demie après l'intervention, sans avoir présentée d'hémorragie, avec un utérus bien contracté la malade meurt en quelques minutes, de syncope cardiaque.

OBSERVATION XVI

Mme R., 27 ans ; première grossesse il y a trois ans terminée par une extraction, au forceps probablement, d'un enfant mort.

Le 1er mai, au palper mensurateur, la tête déborde le pubis de plus d'un travers de doigt ; elle a tendance à glisser vers la fosse iliaque. Le promontoire est accessible ainsi que le sacrum redressé sur toute sa hauteur. Le 26 mai 1930, vers 19 heures, premières douleurs.

Césarienne transpéritonéale basse à 22 heures, *avant rupture des membranes ; technique de Krönig utilisation de l'aspirateur chirurgicale.* On trouve un

cul de sac vésical élevé et peu profond. On ne rencontre aucune difficulté notable au cours de l'intervention. Enfant vivant : 3 kg. 300.

Suites apyrétiques sans choc opératoire, guérison per primam.

OBSERVATION XVII

Mme R., primipare, 34 ans, excellent état général. Dans les antécédents appendicite opérée à 22 ans, abcès froid (??) au niveau de la 5e vertèbre dorsale. Dernières règles du 19 au 21 août 1929. Bassin normal ; grossesse sans incident ; à noter qu'au terme de la grossesse le col est incomplètement ramolli et présente un manchon dur de 2 centimètres de hauteur environ ; l'orifice cervical à peine perceptible est entouré d'une petite saillie rigide ; la muqueuse est intacte, il n'y a jamais eu de métrite ni de cautérisation du col ; premières douleurs le 7 juin 1930 dans la soirée ; elles cessent dans la journée du 8, réapparaissent les 10, 11, 12 juin dans la nuit, sont continues et régulières dans la nuit du 12 au 13. Elles recommencent le 13 à midi et deviennent très intenses ; les contractions sont très rapprochées, le col à 19 heures est effacé mais toutefois reste punctiforme. La tête reste élevée et le segment inférieur très aminci semble menacé de rupture alors que le fœtus donne des signes de souffrance.

Césarienne basse à 21 heures ; utilisation de l'aspirateur, le fœtus baigne dans un méconium épais ; le segment inférieur, très aminci, a l'épaisseur d'une poche des eaux. *Hémorragie peu abondante.*

Pas de choc opératoire.

Enfant de 4 kg. 300, étonné, facilement ranimé.

Conclusions

1° La césarienne transpéritonéale basse est le meilleur traitement de la dystocie dans les rétrécissements du bassin, ou plus généralement dans les disproportions de la tête fœtale et du pelvis.

2° Elle est pour le moins aussi sûre que la césarienne classique dans les opérations prophylactiques. Ses résultats immédiats y sont même meilleurs, si l'on envisage les risques de désunion de la suture.

3° Ils sont indiscutablement supérieurs à ceux de sa rivale dans les cas impurs. Permettant l'épreuve du travail sans dangers pour la mère, la césarienne basse permet d'éviter un nombre très important d'interventions.

4° Dans des cas suspects, on peut l'utiliser en y adjoignant un Mickulicz ; en l'absence de tout critère possible de la virulence microbienne, il faut y renoncer dans les cas nettement infectés et pratiquer l'hystérectomie, car, si elle protège efficacement la cavité péritonéale, elle ne saurait entraver le développement de l'infection puerpérale et de ses complications : phlébites, embolies.

5° Elle permet d'élargir le champ des indications

opératoires du placenta prævia, sans faire courir plus de dangers à la mère que toute autre méthode de traitement de cette complication, et tout en sauvant un plus grand nombre d'enfants.

6° Elle n'est pas indiquée dans l'éclampsie, non en tant que méthode supra-symphysaire, peut-être un peu plus longue mais beaucoup moins choquante, mais parce que les traitements médico-obstétricaux y paraissent préférables.

7° Ses résultats éloignés, résistance de la cicatrice, facilités d'opérations itératives, absence d'adhérences, sont également supérieurs à ceux de la césarienne corporéale.

Les ruptures secondaires, ruptures consécutives au travail, sont moins graves.

En un mot :

Elle paraît être cette « autre méthode d'intervention » que souhaitait en 1909 le professeur Couvelaire, au congrès de la Société Obstétricale de France.

Vu, le Doyen : Le Président de Thèse :
Ch. DUBOIS. H. PAUCOT.

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur d'Académie :
CHATELET.

BIBLIOGRAPHIE

Les Traités Classiques, et :

ACCONCI. — *Ann. di ostet.* 1912, N° 6.

AMIN. — La rachianesthésie dans la césarienne. *Thèse Toulouse* 1928, N° 91.

ANDERODIAS. — Césarienne basse pour placenta praevia central. *Soc. Obst. et Gyn. Bordeaux, Février* 1927.

— *Utilité d'un aspirateur électrique dans la césarienne. Bull. Soc. Obst. et Gyn., Mars* 1928.

— L'opération césarienne basse. Indications et résultats d'après 32 observations. *Gaz. Hebd. Sciences Méd. Bordeaux*, 15 *Avril* 1928, N° 16.

— *La Vie Médicale*, 25 *Avril* 1930.

APPLÉGATA. — *Am. J. Obst. et Gyn., Août* 1919.

ARMITAGE. — Césarienne après épreuve du travail. Technique de l'auteur. *Surg. Gynec., Obst.* 1925, *p.* 502.

ASCHNER. — Modifications à la technique de la césarienne basse. *Zentralbl. F. Gynäk, Août* 1928, *p.* 1977.

AUBERT. — L'opération césarienne transpéritonéale sur le *segment inférieur. Rev. Fr. Gynec. Obst., Mars* 1921.

— *Congrès des Gynécologues de langue Française* 1921.

AUBERT. — Un cas de césarienne transpéritonéale basse pour placenta praevia. *Rev. Fr. Gynec. Obst., Août* 1924.

AUDEBERT. — *Congrès des Gynécologues de langue Française* 1927.

AUDEBERT et ESTIENNY. — La rachianesthésie dans la césarienne. *Bull. Soc. Obst. Gyn.* 1928.

BAISCH, V. — Les dangers de la cicatrice de la césarienne et la manière de les prévenir. *Monats. Für Geburts*, 1920, *Tome LIII.*

BALARD, P. — Sur trois cas de césarienne supra-symphysaire. *Soc. Obst. Gyn. Bordeaux, Novembre* 1923.

— De la nécessité absolue d'utiliser systématiquement la césarienne basse en dehors des cas rigoureusement purs. *Soc. Obst. Gyn. Bordeaux, Novembre* 1926.

— La césarienne basse méthode de choix. *Bull. Soc. Obst. Gyn., Février* 1927.

— Etat actuel de la thérapeutique des viciations pelviennes. *Gaz. Hebd. Sciences Méd. Bordeaux.* 30 *Octobre* 1927.

— Césarienne basse répétée. *Bull. Soc. Obst. Gyn., Mars* 1928.

— La césarienne basse d'après 25 cas personnels. *Gaz. Hebd. Sciences Méd. Bordeaux, N°* 16, 15 *Avril* 1928.

— La place de la césarienne basse dans la thérapeutique du placenta praevia. *Rev. Fr. Gyn. Obst. Février* 1930.

— *La Vie Médicale*, 25 *Avril* 1930.

BALARD et MAHON. — La place de la césarienne basse dans la thérapeutique obstétricale. *Marseille Méd.* 1922.

— La rachianesthésie en obstétrique. *Journal Médical Français*, Août 1929.

BALARD et PLANES. — De la conduite à tenir chez les césarisées au cours des grossesses et des accouchements consécutifs. *Rev. Fr. Gyn. Obst., Novembre* 1920, *p.* 437 *à* 445.

BAR. — *Congrès des Gynécologues de langue Française* 1921 *et* 1925.

BARSOTTI. — Contribution à l'étude de la césarienne basse transpéritonéale. *Ann. di ostet.* 1920. *Tome* 42, *p.* 753 *à* 758.

BAUMM. — Sur la césarienne intrapéritonéale. *Zentralbl. Für Gynäk*, 1908, *N°* 42.

— *Frauenartz Leipzig* 1910, *Tome* 35, *p.* 50 *à* 68.

— Césarienne suprasymphysaire. *Zeitschr. F. Gebürtsh. u. Gynäk* 1920.

— La césarienne basse transpéritonéale et ses indications. *Monatschr. F. Geburtsh. u. Gynäk* 1923, *p.* 5 *à* 10.

BAUX. — Bassin généralement rétréci; Césarienne basse. *Bull. Soc. Gyn. Obst.* 1928.

BECK, A. C. — Observations sur une série de césariennes pratiquées au Long Island Hospital. *Am. J. Obst. Gyn., Février* 1919.

— Césarienne supra-symphysaire avec incision transverse du péritoine utérin. *Rev. Fr. Gyn. Obst.* 1921.

— The two flap low incision caesarean section. *Surg. gynec. obst. Septembre* 1921, *p.* 290.

— *Am. J. obst. et gynec. Mars* 1921, *p.* 586.

— *J. Michigan M. Soc.* 1922, *p.* 489.

BECKERS. — Le procédé de Phaneuf dans la césarienne basse. *Bruxelles Méd., 24 Novembre* 1929.

BELL. — Rupture utérine chez les césarisées. *Am. J. Obstet. et Gynec.* 1916, *Tome* 74, *p.* 950 *à* 954.

BENTHIN, W. — La césarienne dans l'accouchement moderne. *Deutsche Med. Wochensh.* 1923, *p.* 572.

BERCOVICI. — Etude sur la césarienne basse. *Thèse Paris* 1928, *N°* 528.

BEUTTNER. — *Congrès des Gynécologues de langue Française* 1921.

— Technique de l'opération césarienne transpéritonéale basse. *Rev. Fr. Gyn. Obst.*, 10 *Janvier* 1923.

— Opération césarienne transpéritonéale basse pour bassin plat et scoliose. *Revue méd. Suisse romande*, *Tome* 42, *N°* 3.

BIEDERMANN. — Césarienne cervicale trans. et extrapéritonéale. *Thèse Strasbourg* 1911.

BIRNIE, John. M. — Quelques statistiques de césariennes. *Boston méd. and surg. J. Janvier* 1922, *p.* 104, *Tome* 186, *N°* 4.

BLACKER. — Trois cas de rupture utérine après césarienne basse. *J. Obste. Gynec. british empire* 1921, *vol.* 28, *p.* 447.

BLUMREICH. — La césarienne suprasymphysaire. *Verhandl. d. Berl. méd. Gesellsch.* 1909, *T.* 39, *p.* 334 *à* 341.

BOQUEL. — Placenta Praevia et césarienne. *Archives mensuelles de Gynecologie et d'Obstétrique* 1918, *p.* 190.

— *Congrès des Gynécologues de langue Française* 1921.

BOURSIER et LAPORTE. — Placenta praevia et césarienne basse. *Bull. Soc. Obst. Gyn. Juillet* 1929.

BOSHOUWERS. — Césarienne suprasymphysaire pour sténose vaginale. *Nederl. tijdschr. v. Verlosk e. gynaec.* 25 *Février* 1928.

BOVIN. — 1 cas de césarienne abdominale cervicale. *Hygica. Stockholm* 1912, *T.* 74, *p.* 1279 *à* 1283.

BRANDT. — Les différentes césariennes, leurs techniques, leurs indications. *Zentralbl. F. Gynäk.* 1912, *p.* 941.

— 10 cas de césarienne suprasymphysaire. *Zeitschr. F. Gebürtsh. u. Gynäk* 1923, *p.* 565 *à* 586.

BRECKENRIDGE. — *Kentucky. Med. J., Mai* 1927.

BRIGHT-BANNISTER. — Cesarean section in infected cases of obstructed labors. *J. Obst. and Gynec. British Empire, Vol.* 28, *N°* 3 *et* 4, 1921.

BRINDEAU. — Réflexions sur l'opération césarienne basse. *Soc. Obst. Gynec. Paris, Février* 1922.

— *Congrès des Gynécologues de langue Française* 1921-1925-1927.

— De la césarienne transpéritonéale basse. *Presse Médicale*, 10 *Mars* 1926.

— De la rachianesthésie dans l'opération césarienne. *Bull. Acad. Méd. Paris*, 2 *Mars* 1926.

BRINDEAU et CANONNE. — *Journal Médical Français*, 1er *Janvier* 1930, *p.* 3.

BRINDEAU et DEVÉ. — Sténose cervicale après emploi du caustique de Filhos. Grossesse ultérieure. Césarienne basse. *Bull. Soc. Gyn. Obst.*, 1928.

BRITISH MEDICAL JOURNAL. — Les cicatrices utérines post-césariennes, 21 *Juin* 1924.

BRODHEAD, G.-L. — 2 observations de césarienne sur le segment inférieur. *Am. J. Obst. et Gynec.* 1918.

BRODHEAD et LANGROCK. — Césarienne selon les nouvelles méthodes. *New. Y. State, J. Méd.*, 15 *Mars* 1927.

VON BROICH. — Sept ans de césarienne. *Monatschr. F. Gebustsch. u. Gynäk* 1926.

BROUHA. — Faut-il réserver strictement la césarienne abdominale aux cas purs. *Gyn. et Obst., Déc.* 1921.

— *Congrès des Gynécologues de langue Française*, 1921-1925-1927.

— A propos de l'emploi de la césarienne dans le traitement du placenta praevia. *Liège Médical*, 22 *Octobre* 1922 ; *Gynec. et Obst.* 1922, *N°* 3.

— A propos des indications de la césarienne supra-symphysaire. *Bull. Soc. Belge Gyn. Obst.* 1er *Mai* 1926.

BROUHA. — Du rôle de la césarienne dans le traitement des bassins limites. *Bull. Acad. Royale Méd. Belg. N° 2, 23 Février* 1928.

BUCSAN. — Contribution à l'étude du traitement obstétrical et chirurgical des hémorragies par insertion du placenta sur le segment inférieur. *Thèse Paris* 1928, *N°* 196.

BURGER. — Indications particulières pour la césarienne basse. *Soc. Obst. Gyn., Strasbourg, Juillet* 1926.

— *Congrès des Gynécologues de langue Française* 1927.

— Des différents aspects des organes intéressés par la césarienne basse. *Bull. Soc. Obst. et Gyn., Mai* 1928.

— Que faut-il penser de l'incision de Pfannenstiel dans la césarienne basse. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.,* 1929.

— Les hémorragies dans la césarienne basse. *Soc. Obst. Gynec. Strasbourg, Mars* 1929.

BURMER. — La césarienne, son histoire, ses procédés, ses indications et ses résultats à propos de quinze cas. *Lausanne* 1912.

DE BUSTAMENTE, A.-S. — Césarienne segmentaire transpéritonéale. *Revue Méd. Cubana, Mai* 1927.

CALCATERRA. — Contribution à l'étude de la césarienne transpéritonéale basse. *Revista di Ost. Gin. pratica Palermo, Septembre* 1921.

CALL, P. — Césarienne cervicale transpéritonéale. *Zentralbl. F. Gynäk* 1916, *p.* 927 *à* 933.

CAMBIER. — Le traitement du placenta praevia. *Thèse Lille* 1924, *N°* 32.

CAMERON. — Opérations césariennes. *British. méd. J.,* 10 *Juin* 1922.

— Technique des césariennes. *Proced. Royal Soc. of. Méd. Vol.* 16, *N°* 6, *Avril* 1923.

— Cent césariennes pour bassins rétrécis. *Tre. Méd.-Chir. Soc., Edinburgh* 1923.

CARAVEN. — La césarienne basse. *Picardie médicale, Avril* 1929.

CATHALA. — *Congrès des Gynécologues de langue Française* 1925.

— De la valeur de la césarienne transpéritonéale basse. *Bull. Soc. Obst. Gyn., Janvier* 1926.

— Le pronostic de l'accouchement après césarienne. *Bull. Médical, 27 Décembre* 1929.

VAN CAUWENBERGHE. — Devons-nous étendre ou restreindre les indications de l'opération césarienne. *Anna. et Bull. Soc. Royale Méd. Gand, Vol. VII, Octobre* 1928.

CHAIX. — Réflexions sur la technique de la césarienne. *Gaz. Méd. Centre, Septembre* 1926.

CHAMORO. — La césarienne à la maternité de l'hôpital Salaberry. *Semana méd. Buenos-Aires, 27 Septembre* 1928.

CHAMORO et IRAETA. — Considérations sur la césarienne segmentaire. *Bull. Soc. Obst. Gyn. de Buenos-Aires. 10 Septembre* 1928, *p.* 285.

CHAPULLIOT. — Contribution à l'étude de la césarienne transpéritonéale basse. *Thèse Alger* 1927, *N°* 14.

CHATILLON. — A propos de la résistance des cicatrices sur le segment inférieur. *Rev. Fr. Gyn. Obst. 10 Octobre* 1924.

— Quatre cas de césarienne basse. *Rev. Fr. Gyn. Obst. Mars* 1930.

CHOMÉ. — *La Vie Médicale, 25 Avril* 1930.

CLÉMENT. — Contribution à l'étude de la rupture spontanée pendant la grossesse d'un utérus antérieurement césarisé. *Thèse Lyon* 1925, *N°* 130.

COLL DE CARRERA. — Traitement du placenta praevia. *Gyn. Obst., Novembre* 1929.

CONN. — A propos de la césarienne basse. *Canada M. Ass. J. Toronto* 1926, *p.* 32 *à* 34.

CONSTANTINESCO. — Sur la césarienne basse. *Rev. Fr. Gyn. Obst.* 1927, *N°* 7, *p.* 317.

CORNELL. — La césarienne cervicale selon Krönig. *Surg. Gyn. et Obste.* 1920, *p.* 195 *à* 209.

— *Illinois M. Z.* 1920, *p.* 203 *à* 206.

— La césarienne transpéritonéale. *Surg. Clin. North. Am. Phila* 1921, *p.* 1157.

COUINAUD. — Etude de quelques indications de césarienne en dehors du rétrécissement du bassin et des tumeurs. *Thèse Paris* 1919, *N°* 76.

COUVELAIRE. — *Rapport à la Société Obstétricale de France* 1909.

— *Bulletin Obstétrique et Gynécologique, Octobre* 1912.

— *Congrès des Gynécologues de langue Française* 1921-1925.

— Indications thérapeutiques dans les rétrécissements légers du bassin. *La Médecine*, 1923, *N°* 7, *p.* 517.

— Thérapeutique des viciations pelviennes. *Anna. Med. Chir. pratiques. Hiver* 1927-28. *Tome I^er^, N°* 33.

— *La Vie Médicale*, 25 *Avril* 1930.

COUVELAIRE et PORTES. — A propos de la césarienne transpéritonéale. *Bull. Soc. Obst. Gyn. Paris, Nov.* 1925.

CRONSON. — Césarienne basse pour travail prolongé. *New-York Times, Mai* 1928.

CROWEL. — La Césarienne. *Southern. Méd. Surg. Octobre* 1928, *p.* 676.

CULMANN. — A propos de quelques cas de césarienne trans. et extrapéritonéale. *Thèse Berlin* 1910.

DANFORTH et GRIER. — Cinq ans d'expérience de la césarienne basse. *Am. J. Obste. et Gynec. Août* 1928.

DAVIS. — The uterus after cesarean section. *Am. J. Obst. et Gynec*, 1922.

DAVIS. — Dix ans de césarienne suprosymphysaire. *Prog. Méd. Philadelphie* 1924, *p.* 72 *à* 76.

DECOURCY. — Récentes modifications à la césarienne. *Am. J. Obst. et Gynec.*, Janvier 1928.

DELMAS. — *La Vie Médicale*, 25 *Avril* 1930.

DEMELIN. — Le segment inférieur et la contracture de l'utérus gravide et parturient. *Rev. Fr. Gyn. Obst., Janvier* 1920.

DERVAUX. — Trois cas de césarienne basse. Discussion sur la technique. *Bull. Soc. Obst. Gyn., Février* 1927.

DESSOUBRY. — La césarienne dans les insertions vicieuses du placenta. *Thèse Paris* 1925, *N°* 357.

DEVRAIGNE, SEGUY et LAENNEC. — Indications modernes de la césarienne basse. *J. Méd. et Chir. Pratique, Juin* 1929, *p.* 407 *à* 417.

DÖERFLER, H. — La petite césarienne. *Zentralbl. F. Gynäk*, 1923, *p.* 244.

— Trente ans de césarienne suprasymphysaire. *Münch. Méd. Wochenschr., N°* 1, 4 *Janvier* 1929, *p.* 6.

DORMAN. — Deux cas de césarienne sur le segment inférieur. *Am. J. Obst. et Gynec.*, 1918, *p.* 912.

DUFOUR. — Opération césarienne basse par incision transversale du segment inférieur. *Thèse Lille* 1928, *N°* 44.

DUJOL. — Deux observations de césarienne transpéritonéale basse. *Bull. Soc. Obst. Gyn.*, 1924, *N°* 6.

— Césarienne basse itérative pour bassin oblique ovalaire de Naegelé. *Bull. Soc. Obst. Gyn., Mars* 1929.

EBERLÉ, D. — Césarienne basse transpéritonéale, dans le placenta praevia et les bassins rétrécis. *Zentralbl. F. Gynäk*, 1919, *p.* 1010 *à* 1015.

EICK. — Rupture utérine après césarienne basse. *Monatschr F. Gebürt. u. Gynäk*, 1923, *T.* 62, *p.* 346.

EISENREICH. — Sur la césarienne intra-péritonéale. *Zentralbl. F. Gynäk* 1915, *p.* 527.

EMERSON. — Césarienne moderne. *New. England. M. Gaz. Boston*, 1918, *p.* 441.

ENGELHARD. — Contribution à l'étude de la césarienne tardive. *Thèse Paris* 1926, *N°* 13.

ENGELS. — Ruptures répétées de l'utérus durant la grossesse après césarienne. *Zentralbl. F. Gynäk*, 18 *Févr.* 1928.

ENRIQUEZ et BOERO. — Valeur comparative des divers modes de césarienne abdominale. *Revist. espan. Obst. y ginec. Mars* 1922, *p.* 122.

EPARVIER. — Trois césariennes basses, dont deux avec rachianesthésie. *Bull. Soc. Obst. Gynec.*, 1928.

— Quatre césariennes basses. *Bull. Soc. Obst. Gyn., Février* 1930, *p.* 138.

ESSEN-MÖLLER. — Technique de la césarienne basse. *Acta. Obst. et Gyn. Scandinav.*, 1928, *p.* 72 *à* 83.

EVOLI, T. — La césarienne suprasymphysaire. *Firenze* 1915.

FARMACHI. — L'accouchement spontané chez les femmes qui ont subi antérieurement une opération césarienne. *Thèse Paris* 1923, *N°* 149.

FAURE. — Les indications de la césarienne dans le placenta praevia. *Thèse Paris* 1920, *N°* 560.

FEHLING, H. — La césarienne cervicale et l'hébotomie. *Strassburg. Méd. Zeitung.*, 1910, *p.* 176 *à* 181.

— La césarienne cervicale. *Münsch. Méd. Wochenschr.* 1916, *N°* 29, *p.* 1033 *à* 1035.

FERRAZINI et LAFARGA. — Césarienne segmentaire pour dystocie utérine. *Bull. Soc. Obst. Gyn. Buenos-Aires*, 17 *Décembre* 1928.

FERRONI. — Etude comparée des principales méthodes de césarienne conservatrice. *Anna. di oste. et ginec.*, 1916, *p.* 393 *à* 410.

FINDLEY. — Rupture de la cicatrice chez les césarisées. *Am. Gyn. Soc. Philadelphie* 1916, *T.* 41, *p.* 621 *à* 655; *Am. J. Obst. et Gynec.*, 1916, *p.* 411 *à* 432.

FISHER. — Rupture utérine après césarienne basse. *Zeitschr. F. Gebürts u. Gynäk* 1911, *Bund* 75, *p.* 855.

FLEURENT. — A propos de la césarienne basse. *Soc. Obst. Gyn. Strasbourg*, 6 *Juin* 1925.

FONYO. — Césarienne transpéritonéale pour rétrécissement cicatriciel du vagin. *Zentralbl. F. Gynäk* 1916, *p.* 81 *à* 86.

FORSSNER. — Un cas de césarienne basse transpéritonéale. *Hygica Stockholm*, 1910, *p.* 203 *à* 210.

FOSTER. — Technique de la césarienne. *Surg. Gyn. et Obste.*, 1924.

FOURNIER. — Deux cas de césariennes tardives. *Bull. Soc. Obst. Gyn. Paris* 1924.

FRAIPONT. — Sur la césarienne suprasymphysaire. *L'Obstétrique* 1909, *p.* 515 *à* 533 *et* 1910.

— Quelques nouvelles méthodes de césarienne. *Liège Médical, Juillet* 1909.

FRANCK. — La césarienne basse et ses avantages sur les autres opérations dans les bassins rétrécis. *Archiv. F. Gynäk, Berlin* 1907, *Tome* 81.

— Technique de la césarienne suprasymphysaire. *Zentralbl. F. Gynäk* 1911, *N°* 6, *p.* 232 *à* 236.

FRANZ. — A propos des différentes techniques et des indications de la césarienne. *Praktische Ergebnisse der Gebürt und Gynäk* 1909, 1re *partie.*

FRANZ. — A propos de la césarienne. *Zentralbl. F. Gynäk* 1915, *p.* 400.

FREUND. — Rupture utérine après césarienne basse. *Zentralbl. F. Gynäk* 1919, *p.* 73.

FREY. — Indications, technique, résultats de la césarienne basse. *Schweiz. Me. Wochenschr. Décembre* 1926. *Zentralbl. F. Gynäk*, 21 *Avril* 1928, *p.* 1040.

— Césarienne et placenta praevia. *Schweizer M. Wochenschr. Avril-Mai* 1927.

FROMME. — *Zentralblatt. F. Gynäk* 1908, *N°* 9, *p.* 301, *N°* 17, *p.* 545.

FRUHINSHOLZ. — *La Vie Médicale*, 25 *Avril* 1930.

FRUHINSHOLZ, HAMANT et LEVY. — Sur une césarienne basse chez une primipare agée. *Bull. Soc. Gyn. Obst.* 1928.

FURST. — Césarienne transpéritonéale et éclampsie. *Zentralbl. F. Gynäk* 1924, *N°* 16, *p.* 834, *N°* 48, *p.* 1706.

GAIFAMI. — La césarienne basse transpéritonéale. *Policlin. Roma*, 1921.

— Nouvelles observations de césarienne basse transpéritonéale. *Il policlinico. sez. Chirurgica, Oct.* 1922.

— A propos de 50 cas de césarienne basse transpéritonéale. *Rev. Fr. Gyn. Obst. Janvier* 1923.

— Sur une nouvelle méthode de césarienne conservatrice. *Clin. Ostet. Roma* 1925, *p.* 49 *à* 57.

GALKIN. — Césarienne basse dans un cas de placenta praevia infecté. *Monatschr. F. Geburt., Décembre* 1927, *p.* 428.

GALL. — La césarienne abdominale. *Bologne* 1923.

GAMBLE. — Etude anatomo clinique de 51 cas de césariennes itératives. *Bull. John Hopkins Hosp.* 1922, *p.* 93 *à* 106.

GARIPUY. — Deux cas de césarienne tardive. *Soc. Gyn. Obst. Toulouse, Mai* 1923.

Césarienne basse pour placenta praevia. *Bull. Soc. Obst. et Gyn., Novembre* 1929.

GELPI. — Rupture utérine chez une femme césarisée 1 an auparavant. *Am. J. Obst. et Gynec., Janvier* 1928, *p.* 85 *et* 86.

GINGLIGER et TASSOVATZ. — La césarienne basse dans le traitement du placenta praevia. *Soc. Obst. Strasbourg, Janvier* 1929.

GORDON. — La césarienne au Brooklyn Hospital. *Am. J. Obst. et Gyn. Septembre* 1928, *p.* 307-24.

GRABICH. — Rupture utérine après césarienne basse. *Müncher. méd. Wochenschr.* 1925, *p.* 1725.

GREENHILL, J.-P. — Faut-il étendre les indications de la césarienne basse. *Intern. Clin. Philadelphie* 1925, *p.* 171 *à* 180.

GRIMAULT. — Césarienne basse, œuf ouvert et infecté. *Bull. Soc. Obst. Gyn., Paris* 1927, *p.* 494.

GROMADZKI, H. — Césarienne à la clinique de Varsovie.

Gin. Polska 1927, *Bund VI.*
— *Zentralbl. F. Gynäk,* 1928, *p.* 1041.

GROSSE A. — La césarienne conservatrice exécutée tardivement après rupture des membranes. *Rev. mensuelle Gyn. Obst. et Pédiatrie,* 1912, *p.* 232 *à* 242.

— L'opération césarienne conservatrice tardive et ses indications. *Rev. Fr. Gyn. Obst.* 1922, *p.* 466.

— Sur l'opération césarienne transpéritonéale basse. *Rev. Fr. Gyn. et Obst., Mai* 1927.

GROSSEN, A. — *Gaz. Méd. Nantes*, 1er *et* 15 *Août* 1927.

— La césarienne basse pour infection utérine. *Bull. Soc. Obst. et Gyn. Juin* 1928, *p.* 555.

— Les résultats de la césarienne basse transpéritonéale. *Rev. Fr. Gyn. Obst.* 1929, *p.* 721.

GROSSE et LEROUX. — Sur l'opération césarienne transpéritonéale basse. *Rev. Fr. Gyn. et Obst., Mars* 1927.

GUENIOT. — La césarienne avec ou sans hystérectomie dans les présentations de l'épaule. *Rev. Fr. Gyn. Obst., Mai* 1927.

— Césarienne basse avec succès pour procidence du cordon hors de la vulve, et datant de 5 heures. *Bull. Soc. Obst. et Gyn., Avril* 1930.

— *La Vie Médicale*, 25 *Avril* 1930.

GUIOU. — La césarienne basse transpéritonéale. *Canada. Me. An. Torento.* 1923, *p.* 797.

HAMM. — *Congrès des Gynécologues de langue Française* 1925.

— A propos de la césarienne basse. *Bull. Soc. Obst. Gyn. Strasbourg*, 6 *Juin* 1925, *p.* 617.

HANNA. — Césarienne cervicale basse. *Southern. M. J., Birmingham* 1926, *p.* 554.

HAUCH. — *Congrès des Gynécologues de langue Française* 1921-1925-1927.

— La césarienne transpéritonéale basse. *Rev. Fr. Gyn. Obst.* 25 *Mars* 1923.

— Césarienne transpéritonéale rétrovésicale. *Ugesk. P. laeger*, 6 *Octobre* 1927, *p.* 897 *à* 901.

HEINLEIN. — A propos du traitement du placenta praevia. *Zentralbl. F. Gynäk*, 4 *Février* 1922.

HEINRICIUS. — Césarienne transpéritonéale suprasymphysaire. *Finska läk. sälisk. Landl.* 1905, *p.* 835 *à* 900.

— Un 2e cas de césarienne basse transpéritonéale *Zentralbl. F. Gynäk* 1910, *p.* 1105 *à* 1107.

— La césarienne cervicale transpéritonéale. *Archiv. mensuelle Obst. et Gyn.*, 1912, *p.* 416 *à* 430.

HELLMUTH. — Ruptures spontanées de l'utérus après césarienne basse. *Munchen. Med. Wochensch. N°* 38, 21 *Septembre* 1928.

HENDRY, W.-B. — Césariennes itératives sur le corps et le segment inférieur de l'utérus. Proced. Royal. Soc. *Med. London* 1923,-24, *p.* 156 *à* 163.

— *Bull. Lying. Hosp., Août* 1928.

HENKEL, M. — Zur Kaiserschnitt Frage. *Zentralbl. fur Gynäk*, 1910, *p.* 1031 *et* 1541, 1911, *p.* 982.

— 33 cas de césarienne basse transpéritonéale. *Münch. Méd. Wochenschr.* 1912, *p.* 2143 *à* 2145.

HENNEBERG. — *Congrès des Gynécologues de langue Française* 1925 *et* 1927.

HENRIOT. — La Césarienne Basse. *Thèse Paris* 1927, *N°* 420.

HENROTAY. — *Congrès des Gynécologues de langue Française*, 1921 *et* 1927.

HERNANDEZ, (E.). — *Congrès des Gynécologues de langue Française* 1925.

HESSLER, A. — Cent treize césariennes. *Munch. Med. Wochenschr., N°* 3, 18 *Janvier* 1929, *p.* 101.

HEYNEMANN. — Rupture de la cicatrice après césarienne basse. *Zentralbl. Gyn.* 1928, *p.* 187-88.

HINDERFELD, E. — L'extraction de la tête fœtale au cours de la césarienne basse. *Zentralbl. F. Gynäk* 1924, *p.* 2421.

HINSELMANN. — Eclampsie (Monographie). *Monatschr. F. Gebürt. u. Gynäk* 1923.

HIRST, B.-C. — Les avantages de la césarienne basse. *Am. J. Obst. et Gynec., Mars* 1913, *p.* 456 *à* 458.

— *Surg. Gynec. Obst. Vol. XVII*, 1913, *p.* 504.

— *Rhode Island Med. J. Avril* 1927.

HIRST et VAN DOLSEN. — La césarienne basse. *J. Am. Med. Assoc.* 1922, *p.* 2047.

— *J. Am. Med. Assoc. Janvier* 1924, *p.* 103.

HITSCHMANN. — Traitement du placenta praevia. *Karger, Berlin* 1921.

HODGKINS. — Césarienne selon la technique de Hirst. *Boston med. surg. J.* 1924.

HOFMEIER. — Césarienne intra et extra péritonéale. *Zentralbl. F. Gynäk* 1908, *p.* 937.

— Zur Kaiserschnitt Frage. *Munch. Med. Wochenschr.* 1916, *N°* 1.

HOLLAND. — Les techniques de la césarienne. *British. med. J. Octobre* 1921, *p.* 519.

— *J. Obst. and Gynec. British Empire*, 1921, *T.* 28, *p.* 349 *et* 358.

— *Procedings of Royal. Soc. med.*, 1920-21.

HOLMES et BURDICK. — L'épreuve du travail et la césarienne. *Am. J. Obst. et Gynec.*, 1922, *p.* 579.

HOUEL et JAHIER. — Césarienne basse pour présentation de l'épaule. *Bull. Soc. Gyn. Obst.* 1928.

— Césarienne basse pour placenta praevia. *Bull. Soc. Gyn. Obst., Novembre* 1929.

HUBER. — Les conséquences des cicatrices sur le col, ou sur le corps, au cours d'une grossesse ultérieure. *Schweiz. Med. Wochench.* 1924, *p.* 963.

HUREAU. — Les fistules utéro-pariétales après césarienne conservatrice. *Thèse Montpellier* 1919, N° 75.

HUTSON et GRAVES. — 21 cas de césarienne suprasymphysaire. *J. Florida. Med. Assoc., Août* 1928.

IRAETA et MÉDINA. — Technique et résultats de 31 césariennes. *Bol. soc. de Obst. y. gena. Buenos-Aires.* 5 *Septembre* 1928.

ISAAKIAN. — Césarienne suprasymphysaire et placenta praevia, quatre cas. *Bull. Soc. Chirurg. Paris,* 17 *Février* 1928. *J. akush. i. zhensk. boluz. Leningrad* 1928.

JAHIER et SESINI. — Césarienne basse pour décollement prématuré du placenta normalement inséré. *Bull. Soc. Obst. Gyn., Octobre* 1929.

VON JASCHKE. — Des indications de la césarienne pour le placenta praevia. *Archiv. Gynäk* 1921, *p.* 13.

JEANNIN. — La césarienne suprasymphysaire. *L'Obstétrique, Août* 1909.

— *Rapport à la Soc. Obstétricale de France* 1909.

JÖRG. — Travaux obstétricaux. *Handbuch der Geburts. Lipsa* 1907 .

JUDD. — Nouvelle technique de la césarienne. *New-York. Méd. J.* 1923, *p.* 572.

JULLIEN. — Césarienne basse par incision transversale du segment inférieur. *Rev. Fr. Gyn. Obst., Avril* 1929.

JUNG. — *Schweiz. méd. Wochenschr.* 1920, *p.* 728.

KELLER. — Rupture utérine après césarienne. *Zentralbl. F. Gynäk., Novembre* 1923, *p.* 758.

KHERER. — Au sujet de la césarienne. *Arch. Gynäk* 1862, *p.* 197.

KIEFFER. — A propos de la césarienne. *Soc. Belge Gyn. Obst.,* 5 *Mars* 1921.

KLEIN. — Les césariennes suprasymphysaires. *Thèse Paris* 1912, *N°* 193.

KLINGENFUSS. — Plaie extrapéritonéale de l'utérus, en cas de césarienne transpéritonéale. *Schweizer. Méd. Wochenschr. N°* 43, 23 *Oct.* 1924.

KLUMPER. — Traitement de la convalescence après césarienne cervicale. *Zentralbl. F. Gynäk* 1926, *p.* 2319.

KOERNER. — Césarienne intra et extrapéritonéale. *Klinisch. Wochenschr.* 19 *Février* 1927.

KOSMACK. — Rupture utérine après césarienne. *Am. J. Obst. et Gynec.*, 1923.

KOUWER. — A propos de la césarienne. *Zentralbl. F. Gynäk* 1910, *p.* 546.

— *Congrès des Gynécologues de langue Française* 1921 *et* 1927.

— Opération césarienne absolument extrapéritonéale. *Gyn. Obst., Juin* 1929.

KRAUL. — Ueber Placenta praevia. *Wiener. Med. Wochenschr.* 1927, *N°* 29.

KRAUSE. — La césarienne basse transpéritonéale dans les bassins rétrécis. *Zeitschr. F. geburt u. gynäk, Octobre* 1923, *p.* 598 *à* 611.

KREIS. — Césarienne basse pour placenta praevia. *Bull. Soc. Obst. Gyn., Février* 1928.

— *Gyn. Obst. Août* 1928, *p.* 136.

KRÖNIG. — Césarienne cervicale transpéritonéale. *Krönig. Doderlein's op. Gynäk.* 1912, *p.* 879.

— Césarienne basse pour fibromyome enclavé dans le Douglas, myomectomie, guérison. *Berlin Klinisch. Wochenschr.* 1921, *p.* 451.

KÜSTNER, O. — La césarienne prophylactique. *Zentralbl. F. Gyn.* 1912, *N°* 5.

KÜSTNER, O. — La césarienne abdominale. *Zeitschr. F. Geburts. u. Gynäk.* 1920, *Heft* 1er.

— Devons-nous nous contenter de la césarienne transpéritonéale profonde ou laisser une place à l'incision extrapéritonéale. *Monatsch. für Geburts. u. Gynäk.* 1920, *p.* 13 *à* 56.

LABHARDT. — A propos de 20 césariennes. *Klinics. Wochens., Berlin* 1926.

LAFFONT, HOUEL et JAHIER. — Sur 10 cas de césarienne basse pratiqués à la clinique d'Alger. *Soc. Obst. Gyn. Alger,* 11 *Décembre* 1926.

LAFFONT et LARRIBÈRE. — Deux cas de césarienne transpéritonéale basse. *Bull. Soc. Obst. Gyn. Octobre* 1929.

LANCE. — Les césariennes suprasymphysaires. *Gaz. Hop.* 1909, *p.* 1625.

LANGE. — Césarienne trans ou extrapéritonéale. *Monatschr. fur Geburts. u. Gynäk* 1910, *p.* 585 *à* 592.

LANGROCK, E. — Un cas de césarienne basse transpéritonéale. *Am. J. Obst. et Gynec. Juin* 1918.

LANTUEJOUL. — Accouchement par les voies naturelles d'une femme ayant antérieurement subi une césarienne basse pour bassin rétréci. *Gyn. Obst.* 1926, *N°* 5.

LAPEYRE. — Le problème des césariennes multiples. *Gaz. Méd. Centre,* 15 *Novembre* 1922.

DE LEE. — Les nouvelles techniques de la césarienne. *J. Am. Méd. Assoc.* 1919, *p.* 91 *à* 95.

— La nouvelle césarienne. *Illinois. M. J. Chicago* 1922, *p.* 341-345.

— Un cas de césarienne basse. *Am. J. Obst. et Gynec.* 1925, *p.* 503.

De Lee. — L'incision césarienne cervicale et l'anesthésie locale. *Surg. Gyn. Obst., Février* 1925 ; *J. Am. méd. assoc. Mars* 1925, *p.* 790.

— Histoire illustrée de la césarienne basse cervicale. *Am. J. Obst. Gynec., Octobre* 1925.

de Lee et Cornell. — Césarienne cervicale, résultats sur 145 cas. *J. Am. Méd. Assoc.* 1922.

de Lee, Nadelhoff et Greenhill. — 91 cas de césarienne basse itérative. *Am. J. Obst. et Gynec., Décembre* 1928, *p.* 784.

Lemoussu. — La césarienne tardive. *Thèse Paris* 1908, *N°* 92.

Lepage. — De l'opération césarienne tardive. *Bull. méd.* 29 *Mai* 1907.

Lequeux. — *Congrès des Gynécologues de langue Française* 1921.

Leroux. — *La Vie Médicale*, 25 *Avril* 1930.

Lewis. — La césarienne au Coock. County Hospital durant les 11 dernières années. *Surg. Gyn. Obst., Juin* 1926.

Lichtenstein, F. — Césarienne basse pour présentation de l'épaule. *Zentralbl. F. Gynäk* 1920, *p.* 343 *à* 346. *Archiv. Gynäk, Berlin* 1920.

Lima, O.-R. — Technique de la césarienne segmentaire transpéritonéale. *Rev. Ginec. Obst. Brésil, N°* 2, *Février* 1926.

Loick. — Fistule utéro-pariétale consécutive à césarienne conservatrice. *Gyn. Obst.* 1922, *p.* 322.

Loiseaux. — Indications de la césarienne. *Hahneman Monthly. Philadelphia*, 1926, *p.* 547.

le Lorier. — Césariennes conservatrices après rupture des membranes. *L'Obstétrique* 1911, *p.* 983 *à* 996.

LE LORIER. — *Congrès des Gynécologues de langue Française*, 1925 *et* 1927.

— A propos de dix sept césariennes basses. *Bull. Soc. Obst. Gyn.* 1926, *N°* 6.

— *La Vie Médicale*, 25 *Avril* 1930.

LULL. — Indications et technique de la césarienne. *Am. J. Obst. et Gynec. Mai* 1927, *p.* 633 *à* 641.

MAC GLINN. — Rupture de l'utérus après césarienne. *Am. J. Obst. Gynec.* 1924, *N°* 6.

MAC KINNIE. — La Césarienne, opération de choix. *Color. Med. Denver.* 1917, *p.* 102 *à* 108.

MAC NALLEZ. — 15 cas de césarienne. *Canad. med. assoc. journal.* 14 *Février* 1924.

MAGOS. — Quelques réflexions à propos de la césarienne suprasymphysaire. *Bruxelles med.* 1er *Déc.* 1929.

MANN, Fritz. — Vingt-cinq ans de césarienne. *Zentralbl. F. Gynäk*, 26 *Juillet* 1924, *p.* 1639.

MARASSI. — Contribution à l'étude de la césarienne suprasymphysaire. *Thèse Paris*, 1925, *N°* 209.

MARIOTON. — De l'avenir obstétrical des femmes, ayant subi la césarienne classique conservatrice. *Thèse Paris*, 1912, *N°* 4.

MARTIN. — Un cas et mention de quatre ruptures utérines après césarienne. *Archiv. F. Gynäk*, 1922.

MARTIUS. — L'extension de la césarienne abdominale. *Klinis. Wochensch.* 1924, *N°* 13.

— A propos de la rupture utérine post-césarienne. *Gynäk. Kongress. Innsbrück* 1922.

MASSAZZA. — Sur la résistance des cicatrices de césarienne en rapport avec leur siège. *La Clinica Ostétrica*, 6 *Juin* 1928.

MASSINI. — Césarienne segmentaire et éclampsie. *Semana med. Buenos-Aires*, 25 *Novembre* 1926, *p.* 1385 *à* 1404.

MAXWELL. — Complication rare de la césarienne basse. *J. Am. Med. Assoc.*, 9 *Juillet* 1927.

MENGE. — Hébotomie et symphyséotomie sous-cutanée. *Archiv. Gynäk* 1918, *p.* 485.

MENNETT. — Stérilité et césarienne. *Schweizer. med. Wochenschr.*, 14 *Janvier* 1928.

DE MESTRE, Raphael. — *Congrès des Gynécologues de langue Française* 1925.

MICHOLSKI. — Césarienne classique ou cervicale. *Thèse Breslau* 1910.

MILLER, E. — La césarienne basse. *New. Orléans Med. Surg. J.*, *Avril* 1927, *p.* 753 *à* 757.

— Analyse des causes de la mort de la mère et du foetus dans 291 césariennes. *Am. J. Obst. et Gynec.*, *Décembre* 1927.

— La césarienne segmentaire au Hartford Hospital de 1904 à 1927. *New. England. J. Med.*, 4 *Octobre* 1928.

MILLOT. — Cité par O. Siebold. *Versuch einer geschichte der geburtshulfe* 1845, *p.* 718.

MIMART. — Contribution à l'étude du traitement des formes graves du placenta praevia. *Thèse Toulouse* 1928, *N°* 59.

MONTGOMERY. — Morbidité et mortalité dans la césarienne. *Am. J. Obst. et Gynec.*, *Mars* 1927.

DE MORAES, A. — La césarienne et sa technique particulière. *A. Folla. med.*, 1er *Janvier* 1927.

— *Rev. Gyn. Ost. Brésil*, *Février* 1927.

— La cicatrice utérine dans la césarienne. *Rev. Gynec. e. Ost. Brésil*, *N°* 8, *Août* 1927.

MORAND. — Contribution à l'étude du pronostic éloigné de la césarienne conservatrice classique. *Thèse Paris*, 1912, *N°* 389.

MORINELLI. — Avenir obstétrical et gynécologique des césarisées. *Semana med. Buenos-Aires* 1918, *p.* 612 *à* 624.

MORISSON-LACOMBE. — L'avenir obstétrical des femmes ayant subi une césarienne corporeale. *La Médecine*, 17 *Avril* 1921, *p.* 521.

MOUZELS. — De l'éviscération spontanée après la césarienne. *Thèse Toulouse* 1910.

MÜLLER. — Rupture spontanée de l'utérus après césarienne basse pour placenta praevia. *Monatschr. F. Geburts. u. Gynäk* 1925.

MUNRO KERR et HENDRY. — *Surg. Gyn. Obst. Juin* 1926, *Obst. Gynec. British Empire* 1921, *Vol.* 28, *p.* 475.

— *Am. J. Obst. et Gynec.*, 1926, *p.* 729.

MÜNRO KERR et HENDRY. — *Surg. Gyn. Obst., Juin* 1926 *p.* 188.

MURRAY, T. — Cent cas de césarienne. *Tr. Edimbourg. Obst. Soc.* 1923, *p.* 122.

— La césarienne. *British med. J.*, 1924.

MUNZENBERGER. — Pour la césarienne basse. *Bull. Soc. Obst. Gyn., Avril* 1928.

NIEMACK. — Cinquante césariennes sans mort. *J. Iowa. med. soc., Août* 1928.

NOUVIAN. — La césarienne suprasymphysaire. *Thèse Paris*, 1912, *N°* 145.

ODAGESCO. — Les résultats de l'expectative dans les bassins limites et l'épreuve du travail. *Rev. Fr. Gyn. Obst. Septembre* 1926, *N°* 9.

ODAGESCO. — La rachianesthésie dans la césarienne. *Rev. Fr. Gyn. Obst.* 1927.

OETIKER, Anna. — La césarienne basse. *Schweizer. med. Wochenschr., Juin* 1921, *p.* 513.

OLOW, J. — Rupture utérine après césarienne basse. *Zentralbl. P. Gynäk.* 1910, *p.* 1047.

OPITZ. — Traitement du placenta praevia. *Munchen. med. Wochensch.* 1923, *N°* 39.

ORTIZ, J.-A. — Considération sur divers cas de césarienne. *Rev. med. cubana.* 1923, *p.* 326.

OUSTRY. — Du moment de l'intervention dans la césarienne. *Thèse Toulouse* 1920, *N°* 45.

PALACIOS COSTA. — Césarienne segmentaire. *Semana. med. Buenos-Aires* 1916, *p.* 552 *à* 558.

PARREL. — La césarienne conservatrice. Revue critique des nouvelles méthodes. *Thèse Montpellier* 1911, *N°* 29.

PASTIELS. — Césarienne segmentaire pour kyste ovarien. *Brux. Med.*, 11 *Décembre* 1927.

PAUCOT. — A propos du traitement du placenta praevia. *Bull. Soc. Gyn. Obst.* 1926.

— La césarienne transpéritonéale basse. *Echo med. Nord.*, 31 *Décembre* 1927.

— *Bull. soc. obst. gyn., Janvier* 1928.

PERALTA RAMOS. — Césarienne basse et myomectomie. *Bull. Soc. Obst. Gyn.*, 1928.

PERALTA RAMOS et BASAN. — Le traitement du placenta praevia. *Gyn. Obst.*, 1927.

PERODON. — Contribution à l'étude de la césarienne moderne. *Thèse Paris* 1913.

PERRIER. — La césarienne basse. *Thèse Strasbourg* 1922, *N°* 18.

PERY. — *La Vie Médicale*, 25 *Avril* 1930.

PESTALOZZA. — La césarienne basse. — *Rivist. obst. e. gynec. pratica., Janvier* 1922.

PFANNENSTIEL. — La césarienne cervicale transpéritonéale. *Deutsche. med. Wochenschr.* 1908, *p.* 1718.

— *Zentralbl. für Gynäk* 1908, *p.* 313.

— *J. Am. Med. Assoc.* 1908, *p.* 732 *à* 739.

PHANEUF. — La césarienne transpéritonéale basse. *Surg. Gynec. Obst.*, 1923, *p.* 765.

— *Bull. Lying. Hospital* 1924, *N°* 1, *Tome* 13.

— *Bruxelles Médical ,Mai* 1924, *N°* 49.

— *Bruxelles Médical, Juillet* 1926, *p.* 1434.

— L'avenir de la femme après césarienne basse. *Am. J. Obst. et Gynec., 4 Avril* 1927.

— *Revue Fr. Gyn. et Obst., Avril* 1927.

— L'incision transverse dans la césarienne basse. *Boston Med. et Surg. J.* 10 *Novembre* 1927, *p.* 825.

PIERCE. — La césarienne basse. *Southewest. Med. J., Août* 1927.

PIERRE. — L'obstruction intestinale par adhérences utéro-intestinales post césariennes. *Thèse Bordeaux* 1919, *N°* 61.

PLANES. — L'avenir de l'utérus césarisé. *Thèse Bordeaux* 1921, *N°* 2.

POLAK, J. — Technique de la césarienne basse transpéritonéale. *Surg. gyn. obst.* 1926, *p.* 551.

POLAK, J. et A.-C. BECK. — Césarienne basse. *Surg. gyn. obst.* 1922.

POLAK et HEGARTY. — Césarienne transpéritonéale cervicale. *Boston med. surg. J.*, 22 *Juin* 1922.

POLANO, O. — Césarienne cervicale postérieure. *Zentralbl. F. Gynäk* 1911, *p.* 1394 *à* 1399.

— *Munch. med. Wochenschr.* 1911, *p.* 2189.

— Césarienne cervicale antérieure ou postérieure. *Zentralbl. für Gynäk* 1922, *N°* 11.

DE PORENTA. — Cent douze césariennes sans mort. *Ann. di ostet.* 1924, p. 671.

PORTÈS. — Le procédé de Portes. *Gyn. Obst.* 1924, *p.* 225.

— A propos de la césarienne basse. *La Médecine*, 1925, *p.* 517 ; 1926, *Avril N°* 7.

PORTES et RISACHER. — A propos de la césarienne transpéritonéale basse. *Bull. soc. Gyn. Paris* 1926, *N°* 5.

PRINZING, O. — La césarienne sur l'utérus en travail. *Zentralbl. F. Gynäk* 1922, *N°* 22.

QUARANTOTTO. — Quatre accouchements par voies naturelles après césarienne basse et 5 observations de césarienne itérative. *La Clinica Ostétrica, Janvier* 1928.

QUIGLEY. — La césarienne basse, ses avantages. *New. Y. State. J. Med.* 1925, *p.* 49.

— Soixante et une césariennes basses. *Am. J. Obst. et Gynec. Avril* 1929, *p.* 597 *à* 602.

REEB. — Césarienne basse pour dystocie par fibrome. *Soc. obst. gyn. Strasbourg* 1922, *N°* 5.

— Contribution à l'étude de la césarienne basse. *R. Fr. Gyn. et Obst.*, 25 *Avril* 1923.

REEB. — Indications particulières à la césarienne. *Soc. Obst. Gyn. Strasbourg, Juillet* 1926.

REINHARDT. — Remarques à propos de dix césariennes suprasymphysaires. *Gynäk Rundschan.* 1910, *p.* 903 *à* 912.

RHENTER. — *Congrès des Gynécologues de langue Française* 1925.

RICARDO ALVAREZ. — Les césariennes basses. *Thèse Paris* 1929, *N°* 281.

RISACHER. — A propos du traitement des viciations pelviennes. *La prat. méd. Française, Avril* 1926.

RIVIÈRE. — Les progrès de la césarienne doivent-ils faire abandonner l'accouchement artificiel dans les bassins rachitiques. *Thèse Bordeaux* 1920.

ROEMER. — Hébotomie et césarienne suprasymphysaire. *Zeitschr. F. Geburts. u. Gynäk* 1911, *p.* 317 *à* 327.

ROJAS, ROMERIO. — Remarques sur 10 césariennes basses. *Semana med. Buenos-Aires* 1925, *p.* 517.

ROLINDO. — Considérations sur la césarienne basse. *Rio de Janeiro, Mai* 1927.

RONCAGLIA. — Statistique de la césarienne transpéritonéale basse. *Anna. di ostet.* 1913, *p.* 206 *à* 211.

ROSELLEN. — Critique des causes de morts survenues après césarienne transpéritonéale basse. *Thèse Fribourg en Brisgan* 1921.

ROSENFELD. — Deux cas de césarienne suprasymphysaire. *Munch. med. Wochens.* 1910, *p.* 585 *à* 587.

ROSSIER. — Opérations césariennes. *Revue med. Suisse Romande,* 1911, *p.* 410 *à* 412.

— *Congrès des Gynécologues de langue Française* 1925.

ROSSIER. — Indications, techniques, résultats des césariennes basses. *Revue med. Suisse Romande* 1927, *p.* 283 *à* 287.

ROUTH. — La césarienne en Angleterre. *J. Obst. Gyn. British Empire, Janvier* 1911, *N°* 1.

RUBESKA. — Césarienne cervicale. *Zentralbl. F. Gynäk* 1908, *p.* 549 ; 1910, *p.* 1164.

SALMOND. — Accouchement spontané ou forceps après césarienne basse. *Lancet, Octobre* 1927, *p.* 810.

SALOMONS. — Césarienne basse. *British. Me. J.*, 19 *Novembre* 1927.

SCEMAMA, A. — Symphyséotomies et autres traitements des bassins rétrécis. *Thèse Montpellier* 1904.

SCEMLA. — Pelvitomies et césarienne selon le procédé de Portes. *Thèse Paris* 1925.

SCHAEDEL. — Technique de la césarienne. *Zentralbl. F. Gynäk*, 1918, *p.* 506.

SCHICKELE. — Les interventions obstétricales chirurgicales. *Gyn. Obst.* 1920, *p.* 20.

— *Congrès des Gynécologues de langue Française* 1921 *et* 1925.

SCHIEGT. — Rupture utérine post-césarienne. *Monatschr. F. Geburts. u. Gynäk* 1922, *p.* 146 *à* 153.

SCHIFFMANN. — Traitement du placenta praevia. *Zentralbl. F. Gynäk* 1921, *p.* 1527.

SCHULTE, J. — Césarienne et placenta praevia. *Zentralbl. F. Gynäk*, 17 *Mai* 1924.

SCHWEITZER. — Traitement du placenta praevia. *Archiv. Gynäk, Berlin* 1922, *p.* 11.

— La Césarienne Basse, nouvelle méthode de césarienne abdominale. *Archiv. Gynäk, Berlin* 1927, *p.* 271.

SEBRECHTS. — *Congrès des Gynécologues de langue Française*, 1925.

SEITZ. — *La Vie Médicale*, 25 *Avril* 1930.

SELLHEIM. — Les césariennes basses extrapéritonéales. *Zentralblatt F. Gynäk*, 1908, *N°* 4 *et* 20; 1910, *N°* 10.

— *Congrès international de Gynécologie et Obstétrique de Pétrograd*, 1912.

— La petite césarienne de Dörfler. *Zentralbl. F. Gynäk.* 1923, *p.* 563.

SERRAO. — Césarienne basse. *Fohla med. J.* 5 *Mai* 1928.

SIEGEL. — La césarienne prophylactique est-elle indiquée dans les bassins rétrécis. *Monatschr. F. Geburts u. Gynäk* 1923, *p.* 148.

SIESSMAN. — Traitement opératoire du placenta praevia. *Zentralbl. F. Gynäk* 1917, *p.* 401.

DE SILVO-PEREIRA. — Un cas de césarienne transpéritonéale basse. *Revista gynec. obst. Rio de Janeiro, Août* 1926.

SNOECK. — L'épreuve du travail et la césarienne basse. *Brux. Méd.* 17 *Avril* 1927.

DE SOUZA, Octavio. — Césarienne basse et placenta praevia. *Rivista. gynec. obst. Rio de Janeiro, Avril* 1925.

SPENCER, H. — Cent vingt césariennes. *Monographie, London* 1925.

— *Congrès des Gynécologues de langue Française* 1921.

STOECKEL, K. — Mon expérience des différentes césariennes et de l'hébotomie. *Zentralbl. F. Gynäk* 1918, *p.* 643. *Archiv. F. Gynäk. Vol.* 109, *Heft* 1 *et* 2.

— Traitement du placenta praevia. *Archiv. Gynäk Berlin, Février* 1922, *p.* 10.

Süssmann, F. — Deux cas de rupture utérine rares. *Zentralbl. F. Gynäk, Février* 1929, *p.* 410 *à* 413.

Tadeuz, M. Keller. — Sur les nouvelles indications de la césarienne. *Gyn. Polska. Tome P.* 1926, *N°* 10.

Tassovàtz. — La rachianesthésie dans la césarienne basse. *Rev. Fr. Gyn. Obst. Juin* 1929.

Taylor. — A propos de la césarienne. *British. med. J.*, 10 *Juin* 1922.

Thorn. — Technique de la césarienne suprasymphysaire. *Gynäk. Rundschau*, 1909, *p.* 653-656.

Thorpe. — La césarienne basse. *J. Florida. Med. Assoc.* 1928.

Tittel. — Rupture utérine chez les césarisées, au cours d'une grossesse ultérieure. *Munch. med. Wochenschr.* 1921, *p.* 1096.

Traugott. — Traitement du placenta praevia. *München. med. Wochenschr.* 1914, *N°* 21.

Trillat. — Un cas de césarienne basse. *Bull. Soc. Obst. Gyn.* 1926.

— Deux cas de césarienne basse itérative. *Bull. Soc. Obst. Gyn., Octobre* 1929.

Ungaro. — Les méthodes et les indications de la césarienne. *La Rassegna. oste e gynec. Naples, Août* 1928.

Vallois. — *La Vie Médicale*, 25 *Avril* 1930.

Van Rooy. — *Congrès des Gynécologues de langue Française* 1921.

Vanverts. — *Congrès des Gynécologues de langue Française* 1921.

— Césarienne basse pour placenta praevia. *Bull. Soc. Obst. Gyn., Juin* 1922.

VAUDESCAL. — L'anesthésie rachidienne dans les césariennes. *J. Méd. Franc. Août* 1929.

— *La Vie Médicale*, 25 *Avril* 1930.

VEIT. — Technique de la césarienne. *Zentralbl. F. Gynäk* 1911, *p.* 609.

VERMELIN. — Accouchement spontané après césarienne basse. *Bull. Soc. Obst. Gyn., Nancy, Avril* 1921.

VIGNES. — Le risque des césariennes tardives. *Presse Médicale*, 12 *Janvier* 1927.

VOGT. — La césarienne basse à la maternité de Tübingen. *Monographie*, 1921.

— Ruptures utérines après césarienne basse. *Archiv. F. Gynäk. Bund.* 132, 1927, *p.* 280.

VORON. — *Congrès des Gynécologues de langue Française* 1927.

VRUWINCK. — Quatorze cas de césarienne basse. *California et West. Med. San Francisco*, 1925, *p.* 1437.

WAGNER, A. — De la césarienne basse dans l'éclampsie. *Zentralbl. F. Gynäk* 1924, *p.* 1263.

WALKER. — Rupture utérine après césarienne. *Proc. Roy. Soc. Med. London, Janvier* 1928.

WALTHARD. — La césarienne dans le traitement des bassins rétrécis. *Archiv. F. Gynäk* 1919, *p.* 105.

— La nouvelle césarienne en cas de physométrie. *Schweizer. Med. Wochenschr.* 1922, *N°* 7.

WARREN. — Ce que je pense de la césarienne, d'après cent six opérations. *Am. J. Obst. Gyn.*, 1923, *p.* 338.

WELTON. — Résultats de la césarienne suprasymphysaire. *Am. J. Obst. Gyn.* 1921, *p.* 350.

WETTERWALD, Max. — La question des ruptures utérines après césarienne cervicale transpéritonéale. *Zentralbl. F. Gynäk* 1926, *N°* 10, *p.* 592.

— *Gyn. et Obst.* 1927, *N°* 2, *Tome* 15.

— A propos de l'avenir obstétrical des césarisées. *Gyn. Obst.* 1926, *Tome* 13, *N°* 2.

WEYMEERSCH. — Césarienne conservatrice tardive. *Rev. Fr. Gyn. Obst.* 1920, *p.* 97.

WEYMEERSCH et WODON. — La Césarienne transpéritonéale basse. *Brux. Méd.* 1925, *p.* 731.

WHITHRIDGE-WILLIAMS. — *Surgery. Gyn. Obst., Août* 1917.

WILLE. — L'accouchement après césarienne. *Deutsche med. Wochenschr.* 1926, *N°* 44.

WILLIAMS. — La césarienne au John Hopkins Hospital. *Northwest. Méd.* 1926.

WILLKOMM. — De la rupture utérine après césarienne abdominale. *Zentralbl., F. Gynäk,* 1928, *N°* 3, *p.* 187.

WILSON, K.-M. — Etude sur cent trente trois grossesses post-césariennes. *Am. J. Obst. Gyn.* 1926, *p.* 268 *à* 277.

WOLF. — Rupture utérine dans le corps utérin après césarienne cervicale. *Zeitsch. F. Geburts. u. Gynäk* 1914, *p.* 740 *à* 749.

WOLLNER, A. — Traitement chirurgical de l'accouchement dans les bassins rétrécis. *Archiv. F. Gynäk, Mai* 1922. *Bund* 116, *p.* 26.

ZARATE. — Les césariennes tardives. *Archiv. mensuelles obst. gyn. Paris* 1914, *p.* 49 *à* 62.

— La Césarienne segmentaire suprasymphysaire. *Semana. med. Buenos-Aires,* 1916, *p.* 263 *à* 268.

ZIMMERMAN. — Des indications de la césarienne basse transpéritonéale. *Zeitschr. F. Gynäk* 1917, *p.* 1113.

ZWEIFEL. — Eclampsie et césarienne. *Zentralbl. F. Gynäk,* 1923, *N°* 39.

TABLE DES MATIERES

Introduction 19

Historique 21

Techniques Opératoires 29

Anesthésie 41

Les Résultats 47

Valeur de la cicatrice 61

Valeur de la Césarienne transpéritonéale basse 67

Les Indications :

Viciations Pelviennes 77

Placenta Prævia 84

Eclampsie 90

Divers 91

Observations 95

Conclusions 107

Bibliographie 109

IMPRIMERIE G. SAUTAI

Lille-Paris-Bordeaux:: : :: :::